WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

MIESIĘCZNIK KWIECIEŃ

ROK IX 1938 NUMER 3

Prof. dr v. d. VELDEN, Berlin (referat według Dtsch. med. Wschr. 1936, Nr. 38); dr Jores (Med. Welt 1936); (Pharm. Ber. 1935 Nr. 47); Achellis (Nervenarzt 1936, Nr. 2); prof. dr Sauerbruch i Wenke (Wesen u. Bedeutung des Schmerzes, Berlin 1936) i in.

BÓL
JEGO POWSTAWANIE I SPOSOBY ZWALCZANIA

Ból fizyczny jest objawem silnego odczuwania podrażnienia, które przy mniejszym natężeniu wywołałoby tylko odpowiedni odruch i nie doszłoby być może nawet do naszej świadomości. Nie wyjaśniono jeszcze dotychczas w sposób ostateczny, czy uczucie bólu jest związane ze swoistym narządem zmysłowym *(v. Frey)*, który przewodzi wyłącznie ból, czy też każdy czuciowy nerw przy sumowaniu się podniet *(Goldscheider)* może wywołać wrażenie bólu. *Achellis*, drażniąc nerwy czuciowe, nie mógł tak łatwo wywołać bólu, natomiast częstsze drażnienie nerwów o prawidłowym przewodzeniu 15—50 m na sekundę wywoływało ból bardzo łatwo. Również przy bodźcach seryjnych ból występuje dopiero po 50 bodźcach, co przemawiałoby za tym, że przy powstawaniu wrażenia bólu odgrywa pewną rolę również ośrodkowe sumowanie się. Rodzaj i natężenie bólu zależą głównie od charakteru podrażnienia, które może wykazywać nieskończenie wiele odmian, poczynając od subtelnego, niewidocznego podrażnienia chemicznego aż do wielkich i brutalnych urazów. Mówiąc o ciężkich uszkodzeniach urazowych jako o przyczynie bólu, musimy jednak zaznaczyć, że zachodzą tu wielkie różnice. Nie każde gwałtowne działanie sprawia wielkie bóle; rozmiary i niebezpieczeństwo uszkodzenia nie przebiegają równolegle do odpowiednio silnego odczuwania bólu. Ukłucie w narządy wewnętrzne często nie sprawia nawet w ogóle wrażenia bólu. Prawie bezboleśnie może przebiegać nawet ostre uszkodzenie takich narządów, w których np. zwężenie naczyń już wywołuje nieznośne bóle. Jednakże również i na ręku gładkie cięcie jest przeważnie znośne i ból trwa krótko. Naprawdę silne i długotrwałe bóle wywołuje oparzenie, zmiażdżenie, szarpanie i ucisk. Narządy wewnętrzne są przeważnie niewrażliwe na cięcie i ukłucie, reagują natomiast bardzo silnie na pociąganie (dotyczy to zwłaszcza otrzew-

nej). Istnieją tu jednak również wyjątki. Znane są przypadki bardzo ciężkich uszkodzeń urazowych, w których pacjenci przy całkowicie zachowanej świadomości wcale nie odczuwają bólu. Być może, że przyczyną takiego niezwykłego zachowania się są wczesne jady wstrząsowe (histamina?), które wywołują objawy zapaści.

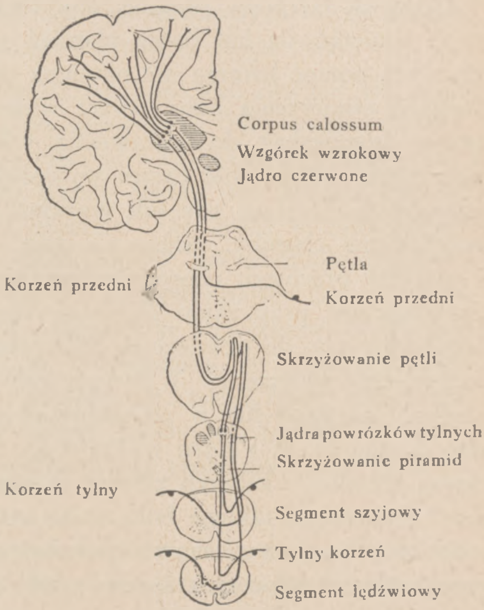
Jeżeli pominiemy brutalne uszkodzenia mechaniczne, to wszelkie podrażnienia drogi nerwowej w każdym miejscu tej długiej drogi od obwodu aż do ośrodka mogą wywołać uczucie bólu. Spośród bodźców wywołujących bóle najbardziej znane jest podrażnienie zapalne; podrażnienie takie wywołują np. na obwodzie toksyny zarazków. Podrażnienie zapalne może jednak zależeć również od ucisku obrzęku na nerwy. Wreszcie przyczyną bólu może być również podrażnienie chemiczne przez kwas (mleczny). Możność uśmierzania bólu przez alkalizację dowodzi, że ból istotnie zależy częściowo od stężenia jonów wodorowych w kwasie w granicach pH 7,2—5,8. Rozstrzygnięcie, co wywołuje ból zapalny: toksyny, kwas czy obrzmienie — bywa często rzeczą trudną; prawdopodobnie współdziałają tu wszystkie trzy czynniki, przy czym znaczenie każdego z nich z osobna w różnych przypadkach bywa różne. Wiadomo np., że przy nadmiernych wysiłkach fizycznych samo nagromadzenie się kwasu (mlecznego), bez zapalenia bakteryjnego, wystarcza do wywołania bólu; w miejscach, w których ucisk obrzmienia nie może zostać wyrównany, jak np. w mózgu, powiększenie objętości musi oczywiście szybko wywołać ból uciskowy. Za przyczynę zwykłych bólów głowy uważa się ucisk płynu mózgowo-rdzeniowego na nerwy przebiegające w oponach mózgowych. Przy bólach głowy może się jeszcze dołączyć czynnik niedostatecznego ukrwienia, który również wywołuje bóle.

Bezpośrednią lub pośrednią przyczyną występowania bólu jest często niedostateczne zaopatrzenie narządu w krew. Silne skurcze naczyniowe (arteriospazmy) mogą już same przez się wywołać bóle; główną przyczyną bólu są tu jednak raczej końcowe produkty przemiany materii, powstające wskutek niedostatecznego ukrwienia. W ten sposób należy tłumaczyć bóle w migrenie, dławicy piersiowej, przy t. zw. angina abdominalis i przy chromaniu przestankowym. Końcowe produkty przemiany materii, jak kwas moczowy, kwas mleczny i inne, które powstają przy wytężonej pracy mięśniowej, nadmiernym treningu, reumatyzmie lub dnie, podrażniają czuciowe zakończenia nerwowe albo też wywołują, jak przy dnie, zapalenie odczynowe, które ze swej strony przez ucisk lub produkty zapalne może wywołać objawy bólowe.

Następnie bardzo częstą przyczyną dotkliwych bólów mogą być gwałtowne skurcze mięśni poprzecznie prążkowanych (np. w reumatyzmie) lub gładkich (kolka kamicowa, skurcze kiszek, skurcze macicy pod postacią bólów następczych, bolesne miesiączkowanie, parcie na pęcherz moczowy). Takie bóle skurczowe są zwykle bardzo silne i dla uśmierzania ich zachodzi często konieczność zastosowania morfiny, gdyż wszelkie inne środki przeciwbólowe okazują się tu za słabe. Właściwa, bezpośrednia przyczyna bólów przy takich

skurczach mięśniowych pozostaje często nieznana. Jako przyczyny wywołujące należy tu wymienić: kamienie, zaburzenia nerwowe i zaburzenia hormonalne, jak np. przy bolesnym miesiączkowaniu. W wielu przypadkach nawet dokładne i wszechstronne badanie nie może jednak wykryć istotnej przyczyny bólu.

Źródłem stale nawracających bólów może być nie tylko niedobór odpowiednich hormonów lecz również brak niezbędnych witamin. Choroby powstające na podłożu awitaminozy odznaczają się szczególnie wielką bolesnością; wymienimy tu choćby silne dolegliwości neuralgiczne, występujące w różnych nerwach (trójdzielnym, kulszowym i innych) przy braku witaminy B. Do tej grupy bólów można zaliczyć do pewnego stopnia również i bóle wywołane zatruciem arsenem, ołowiem, alkoholem i innymi jadami, które przyczyniają się do większego zużycia witamin. Również szereg innych jadów, zwłaszcza wegetatywnych, może wywołać bóle dlatego, że prowokuje powyżej wymienione odczyny chorobowe, które bezpośrednio sprawiają ból.



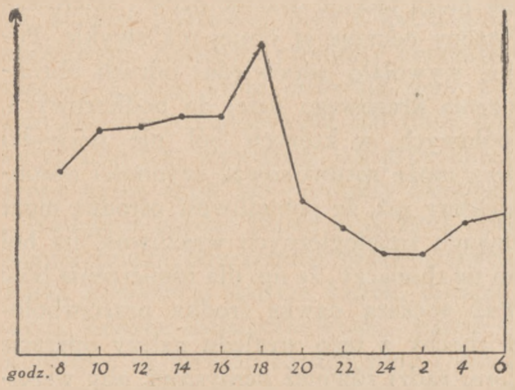
Schemat przebiegu dróg czuciowych według Veragutha który podał w swoim czasie metodę badania wrażliwości skóry, umożliwiającą mierzenie natężenia bólu. Ostatnio określono zapomocą tej metody działanie „przeciwbólowe" witaminy B_1.

Ośrodkowym siedliskiem świadomego odczuwania wrażeń bólowych są tylne zwoje mózgowe. Często się zdarza, że przy powstawaniu bólu współdziała szereg różnych czynników. Zwiększenie pobudliwości, zaburzenia krążeniowe, wzmożenie skłonności do skurczów mogą łącznie drażnić nerw i skierować podnietę do ośrodka, który ze swej strony odczuje ją silniej niż zwykle. Podrażnienie obwodowe, które może już wywołało odpowiedni odruch obronny, wędruje w tylnym powrózku rdzenia kręgowego dalej do podkorowych, wzgórzowych ośrodków odruchów bólowych, w których ból nie dochodzi wprawdzie jeszcze do świadomości, lecz może sprowokować czynności obronne, krzyk, płacz, łzy i t. d. Wspomnieliśmy już, że pobudliwość ośrodka może zmienić natężenie bólu. Już w warunkach fizjologicznych wrażliwość na ból jest rano mniejsza niż wieczorem. Tym się tłumaczy, że np. dla uśmierzenia bólu zębów potrzeba wieczorem zastosować większą dawkę środka przeciwbólowego niż w godzinach rannych. Już choćby z tego względu należy operacje wykonywać rano a nie wieczorem. *Jores* radzi również dentystom, aby wszelkie bolesne zabiegi wykonywali w miarę możności rano. Uzewnętrznianie bólu

przez chorego nie przebiega równolegle do natężenia odczuwania tego bólu. Jedynie człowiek niekulturalny wrzeszczy przy najmniejszym bólu „jakby go wbijano na pal". Człowiek opanowany stara się pomimo bólu zachowywać się spokojnie i jedynie bolesny wyraz twarzy pozwala rozpoznać jego cierpienia i jednocześnie jego hart i moc ducha.

Człowiek cierpiący pragnie, aby uśmierzyć jego bóle. Należy jednak przy tym pamiętać, że ból bywa również pożytecznym objawem ostrzegawczym. Pierwsza pomoc lekarza nie powinna więc polegać na dążeniu do natychmiastowego uśmierzenia bólu; lekarz wykorzystuje przede wszystkim ból jako cenny drogowskaz do postawienia właściwego rozpoznania. W diagnostyce różnicowej nawet dość często wywołujemy ból świadomie dla celów rozpoznawczych. Dopiero gdy ból wypełnił swe zadanie fizjologiczne i umożliwił rozpoznanie choroby, można się zająć jego uśmierzaniem; jednakże również i podczas przebiegu choroby przerywamy często podawanie środków przeciwbólowych, przy czym ponowne występowanie lub też niewystępowanie bólu służą nam do pewnego stopnia jako miernik rozpoczynającego się lub postępującego wyleczenia. Wykrycie przyczyny bólu umiejscowionego w określonym narządzie lub w jakiejkolwiek okolicy ciała bywa często rzeczą bardzo trudną; *v. d. Velden* wyliczył np. ostatnio w jednej ze swych prac długi szereg chorób, w których główną skargą pacjentów jest „ból w klatce piersiowej". Przyczyną takiego bólu może być półpasiec, reumatyzm, zapalenie nerwów ołowiowe lub arsenowe, choroby rdzenia kręgowego lub kręgosłupa, schorzenia płuc i opłucnej, choroby przełyku i wreszcie cierpienia serca i tętnicy głównej.

Widzimy więc, że ból kieruje często nasze rozpoznanie na właściwe tory, a nie rzadko bywa nawet w ogóle jedynym objawem umożliwiającym diagnozę choroby. Jednakże również i wyłączenie bólu ma czasem duże znaczenie rozpoznawcze. Tak np. za pomocą znieczulenia okołokręgowego możemy rozpoznać chory narząd wywołujący bóle. W przypadkach niewyraźnych bólów brzusznych, które mogą zależeć od kolki nerkowej, kamicy żółciowej, zapalenia jajnika lub wyrostka robaczkowego, od skurczów kiszek lub jeszcze innych zaburzeń, wstrzykujemy 2—4 cm^3 1 %-owego roztworu Novocainy po prawej lub lewej stronie kręgosłupa w różnych przestrzeniach międzykręgowych aż do ustąpienia bólu. Na podstawie określenia narządu zaopatrywanego przez wyłączony czynnościowo nerw rozpoznajemy właściwe siedlisko



Dzienne wahania wrażliwości na ból wg *Freesa*.

bólu. Następnie uśmierzamy za pomocą Novocainy bóle i wyłączamy jednocześnie czynność nerwów ruchowych wywołujących skrócenie mięśni przy dokładnym nastawianiu końców złamanych kości i przy nastawianiu zwichnięć. Anaesthesina i środki do znieczulania powierzchownego (Pantocaina) znieczulają najdalsze obwodowe zakończenia nerwowe. Do grupy tej należy również fenol, który poraża płytki końcowe nerwów czuciowych. Przy ranach z oparzenia tanina łagodzi przez garbowanie nawet najsilniejsze bóle.

Uśpienie ogólne służy nie tylko do uśmierzania bólu lecz również dla osiągnięcia niezbędnego spokoju. Wyłącznie do uśmierzania bólu mamy do dyspozycji najskuteczniejszy ale jednocześnie również i najniebezpieczniejszy środek przeciwbólowy, mianowicie morfinę. Każdy lekarz wie obecnie dobrze, jak starannie należy unikać stosowania morfiny i że tylko w cierpieniach nieuleczalnych można ją podawać bez zastrzeżeń. W przypadkach dychawicy oskrzelowej i napadów kamicy żółciowej lub nerkowej należy być ze stosowaniem morfiny bardzo ostrożnym, gdyż cierpienia te i związane z nimi podawanie narkotyków często usposabiają do wytworzenia się niebezpiecznego nałogu. W przypadkach kolki kamicowej możemy się zresztą łatwo obejść bez morfiny, gdyż dożylne wstrzyknięcie Novalginy (pochodnej pyrazolonu) prawie zawsze z powodzeniem zastępuje morfinę i nie grozi przy tym żadnym niebezpieczeństwem.

Novocaina i w ogóle środki do znieczulania powierzchownego wyłączają czynność płytek zakończeń nerwowych lub zdolność przewodzenia nerwów czuciowych i uniemożliwiają dalsze szerzenie się podniet; środki narkotyczne działają ośrodkowo i nie dopuszczają przewiedzionych bodźców do świadomości, wspomniane zaś już powyżej pochodne pyrazolonu (Antipyrina, Pyramidon, Gardan, Novalgina i t. d.) oraz związki salicylowe (kwas salicylowy, Aspirina, Aspiphenina i inne) posiadają częściowo odmienny mechanizm działania. Pochodne pyrazolonu i salicylany obniżają wprawdzie, podobnie jak narkotyki, ośrodkowe odczuwanie bólu, działanie to nie ma jednak żadnego większego znaczenia praktycznego. Również i pewne obwodowe działanie znieczulające, które wykazał *Rhode* (Arch. exp. Path. und Pharm. 1922, tom 90) w doświadczeniach z pęcherzykiem skórnym dla Pyramidonu, Aspiryny i innych związków przeciwbólowych, ma jedynie podrzędne znaczenie. Znacznie ważniejsze jest to, że wymienione środki uśmierzają ból przez usunięcie bezpośredniej lub choćby pośredniej przyczyny, czyli że działają często wprost przyczynowo. Wielkie znaczenie lecznicze ma tu wpływ tych środków na rozszerzanie się naczyń krwionośnych; w podobny sposób tłumaczy się częściowo również i przeciwbólowe działanie ciepła; rozszerzenie naczyń umożliwia szybsze usunięcie szkodliwych końcowych produktów materii, które wywołują objawy bólowe. Nie bez znaczenia jest tu również przeciwzapalne działanie pyrazolonu i innych środków przeciwbólowych. Własność salicylanów przyspieszania zjawisk spalania również sprzyja szybszemu znikaniu tych związ-

ków bólotwórczych. Środki te rozluźniają również bolesne skurcze naczyniowe, utrudniające krążenie krwi i na tym polega ich pomyślne działanie lecznicze w bólach głowy i niektórych dolegliwościach reumatycznych. W przypadkach, w których przyczyną bólów są skurcze naczyniowe, jak np. w dławicy piersiowej lub chromaniu przestankowym, najlepiej łagodzi dolegliwości stosowanie środków rozszerzających naczynia (Padutina, Lacarnol). Przy stosowaniu pochodnych pyrazolonowych (Novalgina, Gardan) w przypadkach kolki kamicowej, skurczów kiszek, bolesnego miesiączkowania, działanie przeciwkurczowe tych preparatów ma często większą wartość leczniczą niż ośrodkowe przytłumienie wrażenia bólu. Szczególnie skutecznie rozluźnia skurcz mięśni gładkich Novalgina, która przy wstrzykiwaniu dożylnym działa z pewnością nie słabiej niż środki spazmolityczne, jak Rivanol lub papaweryna; środki spazmolityczne nie posiadają zaś już żadnego, choćby nawet słabego działania ośrodkowego właściwego preparatom przeciwbólowym. Pogląd, że również środki nasenne odznaczają się działaniem przeciwbólowym jest zupełnie błędny; tak samo błędnym jest stosowanie morfiny jako środka nasennego. Inaczej przedstawia się sprawa w połączeniach Analgeticum + Hypnoticum; połączenia takie jak Compral i wiele innych, zgodnie z prawem *Bürgi'ego* o synergizmie leków, są istotnie cennymi środkami przeciwbólowymi o spotęgowanym działaniu. W przypadkach, w których ból jest wywołany głównie przez ucisk, można go uśmierzyć za pomocą zabiegów usuwających ten ucisk; np. przy bólach głowy pomaga Pyramidon, który zmniejsza wydzielanie, przy obrzękach — Salyrgan, usuwający obrzęki, przy zapaleniu opłucnej — Jothion, pobudzający wchłanianie i t. d.

Ustępowanie bólów pod wpływem hormonów lub witamin polega na bezpośrednim wpływie leczniczym na chorobę zasadniczą. Jeżeli np. Unden doprowadza do normy patologicznie zmienioną macicę, to zrozumiałe jest, że miesiączkowanie nie sprawia już bólu. Kombinowane leczenie Prolanem i Undenem może uśmierzyć dolegliwości związane z ogólnym niedorozwojem. Witamina B_1 uspokaja wszystkie bóle zależne od niedoboru tej witaminy w pożywieniu (niektóre przypadki neuralgii nerwu trójdzielnego i rwy kulszowej, alkoholowe zapalenie nerwów, płonicze zapalenie nerwów i t. p.). Stosowanie Betaxiny (witaminy B_1) wyrównywa skutki niedoboru tej witaminy. W przypadkach nerwobólu nerwu trójdzielnego trzeba dokonać 20—30 wstrzykiwań Betaxiny.

Wytłumaczenie mechanizmu działania środków przeciwbólowych nie zawsze jest rzeczą łatwą. Tak np. niezrozumiałe jest zmniejszanie się bólów u chorych cierpiących na raka pod wpływem stosowania jadu kobry. Z rozważań naszych wynika, że istnieją różne sposoby uśmierzania bólu. Jeżeli w określonych przypadkach rozporządzamy środkami objawowymi i przyczynowymi, to należy oczywiście zastosować przede wszystkim preparaty działające przyczynowo.

Dr H. HORSTER. Klinika Chor. Wewn. i Nerw. w Würzburgu.

COLITIS ULCEROSA GRAVIS.

(Referat według Dtsch. med. Wschr. 1936, Nr. 1).

Autor obserwował w ostatnich czasach 7 chorych dotkniętych wrzodziejącym zapaleniem kiszek grubych. Prawie we wszystkich przypadkach przebieg choroby był wyjątkowo ciężki. Jako środek leczniczy stosowano Torantil, preparat wytworzony ze śluzówki kiszek cienkich, odznaczający się własnością unieszkodliwiania histaminy. Działanie lecznicze Torantilu było doskonałe. Torantil dawał szybkie i tak pomyślne wyniki lecznicze, jakie przy dawniejszych sposobach leczenia obserwowano bardzo rzadko. Tak np. jeden z chorych, którego historię choroby przytaczamy poniżej, bezskutecznie uprzednio leczony surowicą końską i przetaczaniami krwi, został wyleczony za pomocą Torantilu. Chory nie odczuwa dotychczas żadnych dolegliwości i jest całkowicie zdolny do pracy. W innym przypadku pomyślny wpływ Torantilu na przebieg choroby był tak samo przekonywujący. Na szczególną uwagę zasługuje okoliczność, że to nieszkodliwe leczenie sprowadzało poprawę tak bezpośrednią i wyraźną, że o samoistnej remisji mowy tu być nie mogło. W przeciwieństwie do niebezpiecznego leczenia wrzodziejącego zapalenia kiszek, zaproponowanego przez *Kalka* i polegającego na wywoływaniu wstrząsu anafilaktycznego, leczenie Torantilem nie grozi absolutnie żadnymi powikłaniami i odznacza się doskonałą tolerancją. Autor uważa, że gdyby nawet w poszczególnych przypadkach wystąpił z biegiem czasu nawrót, leczenia zmieniać nie należy, gdyż stosowanie Torantilu przewyższa swą skutecznością inne sposoby leczenia i jest ponadto zupełnie nieszkodliwe. Autor wstrzykuje domięśniowo po 2 cm^3 co drugi dzień, przy czym ogółem stosuje 10—12 wstrzykiwań. W razie potrzeby należy kurację po 14 dniach powtórzyć. U chorych, u których znaczna czasami anemia wtórna nie poprawia się wcale lub zaledwie bardzo wolno, stosuje się dodatkowo duże dawki żelaza oraz przetaczanie krwi po 400—800 cm^3.

Jako przykład leczenia przypadku ciężkiego wrzodziejącego zapalenia kiszek grubych autor przytacza poniższą historię choroby:

Chory lat 24, w jesieni 1931 krwawa biegunka, która po kilku dniach, po zastosowaniu lewatyw z taniny ustąpiła. W czerwcu 1932 i we wrześniu 1933 ponownie biegunka z domieszką krwi; sprawa przebiegała z gorączką, dreszczami i wymiotami; następnie krwawe stolce przemieniły się na śluzowo-ropne. Znaczne zmniejszenie się wagi ciała. Przy przyjęciu do kliniki 6. XI. 1933 waga wynosiła 66 kg przy wzroście 175 cm. Wypróżnienia krwawo-śluzowe. Badania bakteriologiczne i serologiczne wyłączyły dur brzuszny, paratyfus i czerwonkę. Szybkość opadania krwinek według *Westergrena* 65 mm na godzinę, hemoglobina 94%, ilość krwinek czerwonych 3.400.000, ilość ciałek białych 5400. Ciepłota w odbytnicy 39°. Rektoskopowo stwierdza się, że śluzówka jest mocno rozpulchniona, krwawi i jest pokryta licznymi owrzodzeniami z śluzowo-ropnymi nalotami. Lewatywy z taniny i inne zabiegi lecznicze pozostają bez wpływu na stan pacjenta. 16. XI. przetoczenie 500 cm^3 krwi. Stan chorego bez zmiany. Biegunki trwają nadal, obraz krwi pogarsza się. 29. XI. 10 cm^3 i 30. XI. 20 cm^3 surowicy

końskiej domięśniowo, po 8 — 10 dniach łagodne objawy choroby surowiczej. 19. XII. domięśniowe wstrzyknięcie 10 cm^3 surowicy końskiej. Po kilku minutach silny odczyn ogólny z zapaścią krążeniową, po 7 godzinach rozległa pokrzywka i pogorszenie się krwawych wypróżnień. Żadnej poprawy nieżytu kiszek nie stwierdza się. Obraz krwi 8. I. 1934: hemoglobina 31%, ilość erytrocytów 1 900 000, waga ciała 58 kg, 5 — 10 wypróżnień dziennie. 9. I. druga transfuzja krwi w ilości 600 cm^3. Po przemijającej poprawie stan krwi następnie znowu się pogorszył. 12. I. 1934 początek leczenia Torantilem. Waga ciała oraz ilość erytrocytów i zawartość hemoglobiny powoli lecz stale się zwiększają. 4. II. chory ważył już 64 kg. Hemoglobina 60%, erytrocyty 3 miliony, szybkość opadania krwinek czerwonych 10 mm na godzinę. Badanie rektoskopowe wykazało znaczną poprawę. Leczenie trzeba było przedwcześnie przerwać: ponownie biegunka krwawo-śluzowa, jednakże bez gorączki.

Badanie rentgenowskie 19. II. 1934: kiszki grube bez wyraźnych haustracji, kontury ząbkowane, drobnoplamiste, brak normalnych fałdów śluzówki, po wydęciu powietrzem wyrównanie niedostateczne. Koniec marca 1934 — waga 69 kg, hemoglobina 70%, ilość erytrocytów 3.900.000. Chory odzyskał całkowitą zdolność do pracy. Koniec czerwca 1934 — waga 76 kg. Badanie rektoskopowe i rentgenologiczne wykazało prawie zupełne ustąpienie zmian miejscowych. Chory nie odczuwa do dzisiaj (listopad 1935) żadnych dolegliwości i wykonywa bez żadnych przeszkód swe zwykłe obowiązki zawodowe.

Dr K. MÜLLER, Weisenheim.

PRZYCZYNEK DO KLINIKI I LECZENIA SCHORZEŃ WIEŃCOWYCH.

(Referat według Med. Welt 1936 Nr. 49).

Przy leczeniu dławicy piersiowej (dławicy wysiłkowej) podajemy podczas napadu przede wszystkim nitroglicerynę w tabletkach, ponad to autor stosuje dla przewlekłego leczenia jeszcze następujące preparaty: brom, Theobrominum natriosalicylicum, Theominal oraz Lacarnol, który należy podawać przez dłuższy czas. Strofantyna jest wskazana tylko w przypadkach, w których występują objawy niedomogi. Jednakże niektórzy chorzy również i z krążeniem całkowicie wyrównanym reagują bardzo pomyślnie na małe dawki strofantyny (do 0,25 mg). Najpomyślniejsze działanie przy najlepszej tolerancji osiąga się przeważnie stosując początkowo 0,1 mg strofantyny. W ciężkich napadach dławicy piersiowej ze strasznymi bólami wskutek zakrzepu tętnic wieńcowych autor osiągał pomyślne wyniki lecznicze za pomocą dożylnych wstrzykiwań Novalginy.

55-letnia pacjentka cierpi na ciężką dławicę piersiową. Zakrzep tętnic wieńcowych doprowadził do objawów zawału mięśnia sercowego. Stosowanie alkaloidów makowca nie sprawiło chorej żadnej ulgi. Dokonane następnie usunięcie zwoju gwiaździstego według *Leriche'a* uśmierzyło napady zaledwie na 3 — 4 tygodnie, po czym stare bóle znowu powróciły w niezmienionym natężeniu. Autor zastosował wówczas dożylne wstrzykiwania Novalginy w dawce po 2 cm^3. Od 11 miesięcy udaje się za pomocą Novalginy uśmierzyć każdy napad



dławicy piersiowej. Novalgina okazała się również bardzo skutecznym środkiem zapobiegawczym, gdyż chroniła przed grożącymi napadami. Wstrzykiwania domięśniowe pozostawały bez wpływu na przebieg napadu, podczas gdy przy stosowaniu dożylnym działanie występowało mniej więcej po 4 minutach.

Według *Müllera* Novalgina działa w napadach dławicy piersiowej nie tylko przeciwbólowo lecz wywiera jednocześnie również swoisty wpływ na rozszerzenie tętnic serca.

Autor opisuje jeszcze dwóch innych chorych cierpiących na ciężką dławicę piersiową, powikłaną zakrzepem tętnic wieńcowych i pomyślnie leczonych Novalginą. Jeden z tych chorych, 70-letni rolnik, przebył pierwszy ciężki zawał mięśnia sercowego przed 2 laty; napady dławicowe powtarzały się bardzo często; autor zastosował dożylne wstrzykiwania Novalginy w dawce po 2 cm^3; w ciągu pierwszych 5 dni wstrzykiwano Novalginę 2 razy dziennie. Już po 2. wstrzyknięciu dolegliwości zmniejszyły się do tego stopnia, że chory mógł znowu spokojnie spać. W dalszym ciągu kuracji chory otrzymywał dla utrwalenia osiągniętej poprawy przez 3 tygodnie codzień po 2 cm^3 Novalginy dożylnie. Oprócz Novalginy stosowano co pewien czas również małe dawki strofantyny, którą można doskonale łączyć z Novalginą w jednej strzykawce.

Autor stosuje Novalginę również w okresach bezbólnych, gdyż uważa, że Novalgina poprawia ukrwienie serca. Kuracja dożylnymi wstrzykiwaniami Novalginy powina trwać odpowiednio do rozmiarów zawału mięśnia sercowego od 2 do 4 tygodni.

Dr A. EYDING, Oddział Położniczy Szpitala Brackiego w Essen—Steele.

NIEDOKRWISTOŚĆ ZŁOŚLIWA I CIĄŻA.

(Referat podług Münch. med. Wschr. 1933, No. 33).

Stan kobiet chorych na niedokrwistość złośliwą pogarsza się bardzo pod wpływem ciąży, którą z tego powodu przed wprowadzeniem do lecznictwa wyciągów wątroby z reguły przerywano. *Eyding* leczył 2 kobiety chore na ciężką niedokrwistość Campolonem i nie przerywał ciąży. Obie pacjentki dzięki Campolonowi dobrze zniosły ciążę i urodziły zdrowe dzieci.

1. A. V. 32 lata. Stan krwi w kwietniu 1932 r.: Hb 47%, ciałek czerwonych 2,120,000, wskaźnik 1,1. Anizocytoza, megalocyty, normoblasty, poikilocytoza, patologiczne postacie jąder, wielobarwne krwinki czerwone. Rozpoznanie: anaemia perniciosa, medullosis funicularis. Leczenie: codziennie 4 cm^3 Campolonu, kwas solny do wewnątrz, pędzlowanie języka taniną i gliceryną, galwanizacją i mięsienie dolnych kończyn. Stan krwi po 2. tygodniach leczenia

Campolonem: Hb 62%, ciałek czerw. 2,193,000, wsk. 1,44, anizocytoza, poikilocytoza, nieznaczna wielobarwność. Ogólna poprawa. Dawkę Campolonu zmniejszono do 2 cm^3 co drugi dzień, później powtarzano wstrzykiwania tylko 2 razy tygodniowo. Chorą wypisano ze szpitala po 2 miesiącach: Hb 95%, c. czer. 4,800,000, wsk. 0,94, nieznaczna anizocytoza. 9. 9. 32 r. rozpoznano ciążę w 2. — 3. miesiącu. Stan krwi: Hb 93%, c. czer. 4,200,000, wsk. 1,2. Przebieg porodu prawidłowy. Po 4-godzinnych bólach chora urodziła zdrowe dziecko. Wyjątkowo mała utrata krwi w okresie poporodowym, prawidłowe obkurczenie się macicy. Waga noworodka 3,100 g, wzrost 48 cm, stan krwi: Hb 120%, ciałek czerwonych 6,4 miliona, wskaźnik 0,93. Przebieg połogu bez powikłań. Nieznaczne wahania morfologicznego obrazu krwi. W dalszym ciągu wstrzykiwano raz tygodniowo po 2 cm^3 Campolonu. Stan krwi w dniu opuszczenia zakładu położniczego: Hb 93%, c. czer. 4,600,000, wskaźnik 1,01. Badanie neurologiczne: obustronny brak odruchów ścięgen Achillesa, nieznaczne osłabienie czucia w lewym podudziu. Ataksji nie stwierdzono.

2. Chora leczy się od 5 lat. 1928: Hb 28%, c. czer. 1,450,000, wsk. 1,00. Grudzień 1930: Hb. 76%, c. czerw. 2,100,000, wsk. 1,8. Luty 1931: Hb. 90%, c. czer. 4,600,000, wsk. 0;98. Wrzesień 1932: ciąża; 2.—3. miesiąc. 21. 4. 1933 po wielogodzinnych silnych bólach chora urodziła dziewczynkę (3850 g). Natychmiast wykonane badanie krwi matki wykazało: Hb 92%, c. czer. 4,700,000, wsk. 0,98, nieznaczna anizocytoza. Połóg prawidłowy. Codziennie 2 cm^3 Campolonu. Przed opuszczeniem kliniki wstrzyknięto jednorazowo 8 cm^3 Campolonu. Stan krwi noworodka bezpośrednio po urodzeniu: Hb 120%, c. czerw. 6,400,000, wsk. 1,0. Ponowne badanie krwi matki 10. 6. 1933: Hb 94%, c. czerw. 4,900,000, (Campolon stosowano stale). Stan krwi dziecka: Hb 102%, c. czerw. 5,000,000. W obu rozmazach nie stwierdzono zmian chorobowych.

Jak wynika z obu przytoczonych historyj, można wyrównać niepomyślny wpływ niedokrwistości złośliwej na przebieg ciąży, wprowadzając chore w okres długotrwałej remisji przy pomocy wstrzykiwań wyciągów wątroby. Rokowanie dla dzieci pochodzących od matek chorych na niedokrwistość złośliwą było dawniej bezwzględnie niepomyślne. Sprawa kończyła się przeważnie przedwczesnym porodem lub obumarciem płodu w łonie matki. We krwi noworodków znajdowano te same zmiany, co i we krwi matek, stąd siłą rzeczy nasuwał się wniosek, że już w macicy choroba przerzuca się na dziecko. U obu noworodków w przypadkach *Eydinga* nie wykryto jednak żadnych zmian w obrazie krwi.

Przytoczymy jeszcze przypadek, opisany przez *Gänsslena* z Tubingi.

3. M. R. 38-letnia kobieta. Hb 52%, c. cz. 1,850,000, wskaźnik 1,4. Leczenie: codziennie 2 cm^3 Campolonu. Stan krwi przed opuszczeniem szpitala w lipcu 1932 r.: Hb 70%, c. cz. 3,000,000. Dalsze leczenie w domu: codziennie 1 cm^3 Campolonu. 10. I. 1933 stwierdzono ciążę w piątym miesiącu. Stan krwi w marcu 1933 r.: Hb 69%, c. cz. 4,300,000. Podczas ciąży stosowano bez przerwy Campolon. Pacjentka czuła się przez cały czas dobrze. Prawidłowy poród w czerwcu 1933 r. Wykonane przed kilkoma tygodniami morfologiczne badanie krwi wykazało cyfry prawidłowe: Hb 95%, c. cz. 4,800,000.

A zatem i w tym przypadku, obserwowanym przez innego autora, przebieg ciąży i porodu był pomyślny dzięki wstrzykiwaniom Campolonu.

Dr L. WYBAUW, dr A. JENTZNER i dr SEEBRECHTS.

UŚPIENIE DOŻYLNE ZA POMOCĄ EVIPANU-NATRIUM.

(Referat według „Journal de Chirurgie et Annales de la Société belge de Chirurgie, 1935, Nr. 7).

Stosowanie Evipanu-Natrium w praktyce chirurgicznej było przedmiotem obszernej dyskusji i w Belgijskim Towarzystwie Chirurgicznym. Dyskusję zapoczątkował szczegółowym referatem dr *L. Wybauw.* Autor omówił swe spostrzeżenia dotyczące wykonywania długotrwałych zabiegów w uśpieniu wyłącznie evipanowym. *Wybauw* stosuje w tym celu technikę powtarzanych wstrzykiwań. Omawiając zagadnienie przypadków śmierci w związku z uśpieniem, referent podaje zgodnie z *Killianem,* że śmiertelność ta wynosi obecnie 1:20000. Stosunek 1:12000, podany w dawniejszych statystykach *Killiana,* zależał od niedokładności techniki usypiania. *Wybauw* zwraca uwagę na niebezpieczeństwo narkozy evipanowej przy operacjach guzów i ropowic na szyi lub na dnie jamy ustnej oraz na wielkie korzyści tego usypiania przy operacjach usznych.

Wybauw wykonał w uśpieniu dożylnym za pomocą Evipanu-Natrium 120 operacyj. W 61% wyniki były doskonałe, w 17,5% — dobre, w 9% — dość dobre i w 12% — niedostateczne. Narkozę evipanową stosowano jednak przeważnie w przypadkach trudnych do uśpienia. Dawki preparatu dochodziły do 22 cm^3. Do wstrzykiwania nadaje się zwłaszcza specjalna igła *Bayeux'a.* Evipan Natrium wstrzykuje się z szybkością 1 cm^3 na 15 sekund aż do chwili osiągnięcia głębokiego uśpienia i opadnięcia szczęki dolnej. Narkoza jest dostateczna, gdy można nakłuć lub naciąć skórę bez reakcji ze strony pacjenta.

Objawów większego podniecenia na początku uśpienia nie obserwowano ani razu. Zaledwie jeden chory płakał. Kolor twarzy pozostał prawidłowy w 59 przypadkach na 100, mniejsza lub większa sinica twarzy wystąpiła w 13% przypadków. Źrenice po kwadransie uśpienia były często umiarkowanie rozszerzone i wolno reagowały na światło. Wymioty (łagodne) wystąpiły tylko w jednym przypadku. Przy zastosowaniu dużych dawek tętno przyspieszało się czasem dość znacznie. Zaburzeń oddechowych ani poważniejszego spadku ciśnienia uśpienie evipanowe nie wywoływało. W przypadkach cierpień wątrobowych narkoza nie przedłużała się ponad normę.

Podniecenie podczas budzenia się zdarza się rzadko: wystąpiło ono cztery razy u chorych operowanych z powodu nadczynności tarczycy; dwa razy u młodych silnych ludzi, z których jeden był alkoholikiem, raz u pewnego starca i trzy razy u kobiet. Wymioty pooperacyjne występowały nieco częściej niż to podaje piśmiennictwo (28%).

Zarówno więc na podstawie swoich własnych spostrzeżeń jak i na podstawie danych z obszernego piśmiennictwa *Wybauw* dochodzi do wniosku, że Evipan-

Natrium zasługuje na powszechną uwagę ogółu lekarzy na całym świecie w stopniu większym i poważniejszym niż inne lekarstwa tego rodzaju. Preparat nadaje się doskonale do zabiegów operacyjnych.

Drugi referent, *A. Jentzer*, wykonał w ciągu 2 lat 2024 zabiegi operacyjne w uśpieniu evipanowym. W 90,6% przypadków zastosowano wyłącznie Evipan-Natrium, a w 9,4 przypadków na 100 dodano w dalszym przebiegu operacji eteru.

Odnośnie do techniki narkozy *Jentzer* podaje następujące wytyczne: na godzinę przed operacją wstrzykuje się podskórnie 0,02 pantoponu. W przypadkach ciężkich podaje się wieczorem w przeddzień operacji i nad ranem w dniu operacji 150 g glukozy doustnie i w lewatywie. Roztwór Evipanu-Natrium (10%-owy) wstrzykuje się z szybkością 1 cm^3 na minutę aż do chwili osiągnięcia stanu uśpienia. Potrzebna do tego dawka waha się w granicach od 2 do 11 cm^3; wahania te umożliwiają dokładne określenie indywidualnego współczynnika wrażliwości, z którym należy się liczyć w danym przypadku. Następnie zaczyna się wstrzykiwać dożylnie kropla po kropli 20%-owy roztwór glukozy. Co 15 minut do rurki gumowej łączącej igłę tkwiącą w żyle ze zbiornikiem glukozy wstrzykuje się około 2 cm^3 Evipanu-Natrium, który w ten sposób przenika powoli do krążenia i podtrzymuje stan uśpienia. W ciągu operacji trwającej 60 do 90 minut wstrzykuje się drogą tej kroplówki dożylnej przeciętnie około 500 gramów roztworu glukozy, dawka zaś Evipanu-Natrium wynosi 20 — 25 a czasem nawet 47 cm^3.

Roztwór glukozy, przepływając bezustannie przez igłę zapewnia drożność igły i żyły a poza tym wzmacnia zdolności antytoksyczne wątroby, łącząc się z całym szeregiem trujących związków (alkohole nasycone, aldehydy, chloral, związki ketonowe, fenole, anilina, naftole). Ponadto kroplówka cukrowa, wywołując hydremię, zmniejsza wstrząs operacyjny, łagodzi podniecenie pooperacyjne, tonizuje serce, wzmacnia siły obronne komórek, zobojętnia kwasicę i t. d.

Uśpienie było w 92% przypadków całkowite (zwiotczenie mięśni i spokój brzuszny); obudzenie się było spokojne w 70%, nieco podniecone w 8%, podniecone w 13,7% i bardzo podniecone w 7,1% przypadków. Gwałtowniejsze wymioty występowały jedynie wyjątkowo (w 3 przypadkach), i trochę częściej w postaci łagodnej (10 do 12%).

Śmiertelność ponarkotyczna wynosiła 2% i odpowiadała śmiertelności całkowitej dotyczącej wszystkich operacyj wykonanych w roku 1937 w uśpieniu eterowym lub w znieczuleniu miejscowym albo lędźwiowym. Śmiertelność w pierwszym dniu była szczególnie duża zwłaszcza po eterze i zależała głównie od wstrząsu, jaki wywołuje ten środek usypiający.

Przeciwwskazań bezwzględnych do stosowania dożylnego uśpienia evipanowego według *Jentzera* w ogóle nie ma, jednakże w przypadkach ropnego zapalenia gruczołów chłonnych na szyi, nowotworów złośliwych podstawy języka, chorób krtani, rozlanego uciskającego wola, należy postępować bardzo ostrożnie; zastrzeżenia te dotyczą głównie operacyj, które w toku zabiegu wy-

magają zmiany pozycji chorego. Przeciwwskazania te znajdują jednak całkowite uzasadnienie również przy stosowaniu eteru lub chloroformu.

W trzech przypadkach trzeba było zastosować CO_2, ani razu jednak nie zaszła konieczność podawania innych leków jak lobelina, koramina lub Hexeton, które należy jednak, jedne i drugie, zawsze mieć na wszelki wypadek pod ręką podczas każdej narkozy.

Podczas tego samego posiedzenia zabrał wreszcie głos trzeci referent *Seebrechts*, który zaznaczył, że w przypadkach operacyj dokonywanych na kończynach dolnych, na kroczu, macicy, wyrostku robaczkowym lub gruczole krokowym stosuje on uśpienie evipanowe raczej wyjątkowo. Natomiast przy zabiegach dokonywanych na klatce piersiowej, kończynach górnych, szyi, głowie i t. d. dożylna narkoza za pomocą Evipanu-Natrium oddawała mu w ciągu ostatnich dwóch lat nadzwyczaj cenne usługi. Spostrzeżenia *Seebrechtsa* dotyczą 960 operacyj wykonanych w uśpieniu evipanowym przy stosowaniu techniki *Jentzera*. Poza tym *Seebrechts* stosował Evipan-Natrium w szeregu przypadków wymagających jedynie uśpienia krótkotrwałego oraz jako uśpienie dodatkowe w przypadkach niedostatecznego znieczulenia lędźwiowego. W dwóch przypadkach nie udało się osiągnąć uśpienia nawet za pomocą wstrzyknięcia 10 cm Evipanu. Jeden z tych chorych okazał się zresztą niezwykle odporny również w stosunku do znieczulenia miejscowego i chloroformu. U drugiego pacjenta uśpienie za pomocą Evipanu-Natrium dokonane w czasie późniejszym dało wynik doskonały.

Kroplówka z glukozy dokonana według metody *Jentzera* wywołała w jednym przypadku objawy podobne do śpiączki cukrzycowej, co skłoniło *Seebrechtsa* do zastąpienia glukozy roztworem soli fizjologicznej. Niewielka ta modyfikacja pozostała zresztą bez wpływu na znakomite wyniki osiągane za pomocą metody *Jentzera*.

Seebrechts stosował również metodę powtarzania wstrzykiwań według *Wybauwa*, która zabezpiecza zachowanie drożności igły zapomocą troakaru.

W toku dyskusji, która nastąpiła po tych doniesieniach, *Wybauw* zaznaczył jeszcze, że wszelkie objawy uboczne dożylnego uśpienia evipanowego nie posiadają na ogół poważniejszego znaczenia i że chorzy odnoszą się do tego sposobu usypiania z prawdziwym entuzjazmem.

Dr E. Fenz. Szpital im. cesarzowej Elżbiety w Wiedniu.

WPŁYW NARKOZY MIĘDZYMÓŻDŻA NA CHOROBĘ BASEDOWA.

(Referat według Wien. Arch. inn. Med. 1937, tom 30).

Według *Falty* istnieje między tarczycą i międzymóżdżem określony stosunek wzajemnej zależności: z jednej strony międzymóżdże pobudza na drodze nerwowej czynność gruczołu tarczowego, z drugiej zaś wzmożenie wytwarzania hormonu tarczycowego wzmaga napięcie określonych ośrodków międzymóżdża. Na tej podstawie autor zajął się badaniami, które miały wyjaśnić, czy nie udałoby się przez przytłumienie działania ośrodków międzymóżdża i przez przerwanie w ten sposób błędnego koła osiągnąć poprawę w przebiegu choroby Basedowa. Wiadomo, że niektóre środki nasenne zmniejszają w sposób wybiórczy wrażliwość czynnościową międzymóżdża. Pierwsze próby przeprowadzono z Veronalem. Przed zastosowaniem Veronalu a także po uzyskaniu nim tego rodzaju narkozy międzymóżdża określano dokładnie przemianę podstawową. Wobec tego, że u 2 chorych w 3. dniu przyjmowania Veronalu wystąpiła znaczna senność a u 2 innych nawet mdłości i wymioty, autor w dalszych swych badaniach stosował już tylko Prominal, działający również swoiście na ośrodki międzymóżdża.

W 8 badaniach przeprowadzonych na osobnikach z prawidłową przemianą materii uśpienie międzymóżdża wywołało w połowie przypadków umiarkowane obniżenie przemiany podstawowej, wynoszące od 6,4 do 18%, spadek zawartości cholesteryny i karotyny we krwi oraz wyraźne osłabienie odporności na działanie insuliny; rezerwa alkaliczna pozostała bez zmiany. Następnie autor zastosował Prominal u 11 pacjentów dotkniętych chorobą Basedowa (w tym 2 przypadki jod-Basedowa) i w 3 przypadkach hipertyreozy. Pomyślny wpływ Prominalu na przemianę podstawową uwidacznia poniższa tablica (str. 115).

Z porównania wpływu Prominalu na chorych i zdrowych wynika, że Prominal działa na chorych ze zwiększoną przemianą podstawową silniej niż na osoby z przemianą prawidłową. Pośród pacjentów cierpiących na chorobę Basedowa wyróżniają się odmiennym sposobem reagowania dwaj chorzy dotknięci jod-Basedowem; u pierwszego przemiana podstawowa zaczęła się obniżać dopiero w kilka dni po narkozie międzymóżdża, u drugiego pomimo podawania Prominalu przez 6 dni przemiana obniżyła się zaledwie o 18,2%. U wszystkich pozostałych pacjentów dotkniętych objawami hipertyreozy lub chorobą Basedowa stwierdzano podczas uśpienia międzymóżdża znaczne obniżenie przemiany podstawowej, które w jednym przypadku wynosiło nawet 54,1%, a w 3 przypadkach przeszło 30%.

Stopień obniżenia przemiany podstawowej zależał nie tyle od czasu trwania uśpienia międzymóżdża ile od wysokości przemiany podstawowej przed zastosowaniem Prominalu. Na ogół obowiązuje tu więc zasada: im wyższa jest początkowa przemiana podstawowa, tym znaczniejszy jest następnie jej spadek

	Rozpoznanie	Leczenie	Przemiana podstawowa przed uśpieniu %	Przemiana podstawowa po międzymóżdża %	Obniżenie %
1.	Basedow	5 dni Prominal (3 x dzienn. po 0,2 g)	67,3	41,8	25,5
		5 " " (3 x " " 0,2 g)	48,9	21,3	27,6
		6 " " (3 x " " 0,2 g)	36,8	4,3	32,5
2.	Basedow	3 " Prominal (co wieczór 0,4 g)	62,8	25,3	37,5
3.	Basedow	5 " Prominal (3 x dzienn. po 0,2 g)	72,9	18,8	54,1
		5 " " (3 x " " 0,2 g)	16,2	12,1	4,1
4.	Basedow	3 " Prominal (3 x " " 0,2 g)	84,1	69,0	15,1
		2 " Veronal (3 x " " 0,5 g)	77,4	58,2	19,2
		3 " " (3 x " " 0,5 g)	63,1	37,4	25,7
		3 " Prominal (3 x " " 0,2 g)	53,2	43,0	10,2
		3 " Veronal (3 x " " 0,5 g)	60,4	49,2	11,2
		5 " Prominal (3 x " " 0,2 g)	57,0	36,0	21,0
5.	Basedow	2 " Veronal (3 x " " 0,5 g)	78,8	55,7	23,1
		3 " " (3 x " " 0,5 g)	68,1	41,5	26,6
		2 " " (3 x " " 0,5 g)	58,7	37,7	21,0
		2 " " (3 x " " 0,5 g)	43,4	37,0	6,4
6.	Basedow	2 " Veronal (3 x " " 0,5 g)	39,5	14,6	24,9
7.	Basedow	2 " Veronal (3 x " " 0,5 g)	95,5	62,6	32,9
		3 " " (3 x " " 0,5 g)	56,0	38,4	17,6
8.	Basedow	3 " Prominal (3 x " " 0,2 g)	31,6	15,0	16,6
9.	Basedow	5 " " (3 x " " 0,2 g)	64,0	34,7	29,3
		6 " " (3 x " " 0,2 g)	43,6	41,0 (30,8)	2,6 (12,8)
		5 " " (3 x " " 0,2 g)	20,5	13,9	6,6
		5 " " (3 x " " 0,2 g)	19,4	19,0	0,4
		4 tygodnie stale po 0,2 g Prominalu dziennie	19,0	11,0	8,0
10.	Jod-Basedow	4 dni Prominal (3 x dzienn. po 0,2 g)	68,2	67,6	0,6
		3 " " (3 x " " 0,2 g)	49,1	49,1	—
11.	Jod-Basedow	6 " Prominal (3 x " " 0,2 g)	99,2	81,0	18,2
		3 " " (3 x " " 0,2 g)	72,9	64,4	8,5
12.	Hipertyreoza	4 " Prominal (3 x " " 0,2 g)	42,3	8,8	33,5
		5 " " (3 x " " 0,2 g)	24,8	15,1	9,7
		3 " " (3 x " " 0,2 g)	15,1	4,0	11,1
13.	Hipertyreoza	3 " Prominal (3 x " " 0,2 g)	24,0	11,8	12,2
14.	Hipertyreoza	3 " Prominal (3 x " " 0,2 g)	37,2	30,3	6,9

pod wpływem uśpienia międzymóżdża. Z chwilą, gdy natężenie przemiany podstawowej wraca do normy, przemiana u pacjentów dotkniętych chorobą Basedowa zachowuje się zupełnie tak samo jak przemiana u innych chorych. Wolno być może wyciągnąć z tego wniosek, że uśpienie międzymóżdża działa pomyślnie zwłaszcza wtedy, gdy ośrodki międzymóżdża znajdują się w stanie podrażnienia, jak to ma prawdopodobnie miejsce w chorobie Basedowa.

Wydalanie wody w próbie *Volharda* było przed leczeniem u wszystkich 14 pacjentów bardzo obfite. Uśpienie międzymóżdża wywoływało stale zmniejszenie diurezy dobowej oraz zwalniało wydzielanie wody w ciągu dwóch godzin. Krzywe zawartości cukru we krwi po 100 g glukozy wykazały u 5 spośród 8 zbadanych i cierpiących na chorobę Basedowa pacjentów typ odporny na działanie insuliny. Uśpienie międzymóżdża zmniejszało tę odporność na insulinę i to zwłaszcza w tych przypadkach, w których poprzednio występowała ona szczególnie wyraźnie. Uśpienie międzymóżdża uczyniło prawie wszystkich chorych ponownie wrażliwymi na insulinę.

Zawartość cholesteryny we krwi była prawie u wszystkich pacjentów dotkniętych chorobą Basedowa, zmniejszona. W przebiegu leczenia poziom cholesteryny stale wzrastał, wprawdzie nie zawsze bezpośrednio po uśpieniu międzymóżdża. Zawartość karotyny we krwi pod wpływem Prominalu zmniejszała się wyraźnie u większości chorych; dotyczyło to zarówno choroby Basedowa jak i hipertyreozy. Uśpienie międzymóżdża wywoływało również stałe zwiększenie się nadzwyczaj małego poprzednio zasobu zasad. Jednocześnie w 2 zbadanych przypadkach stwierdzono zmniejszenie się zawartości kwasu mlecznego we krwi.

Nadmierna pobudliwość psychiczna stale się zmniejszała. Prawie zawsze podczas uśpienia międzymóżdża waga chorych zwiększała się, a tętno się zwalniało. W kilku przypadkach drżenie i pocenie zmniejszyły się wyraźnie. Na wytrzeszcz gałek ocznych uśpienie międzymóżdża żadnego wpływu nie wywierało.

Pomyślny wpływ uśpienia międzymóżdża na chorobę Basedowa polega prawdopodobnie na zmniejszeniu wytwarzania tyroksyny *) przez ograniczenie czynności ośrodków międzymóżdża zarządzających wydzielaniem tarczycy oraz na osłabieniu działania wytworzonej tyroksyny przez przytłumienie wrażliwości ośrodków międzymóżdża, w których tyroksyna znajduje swój punkt uchwytu.

---

*) Zawartość jodu we krwi po uśpieniu międzymóżdża znacznie się obniża i to tym więcej im poziom jodu był poprzednio wyższy; na tej podstawie *Fenz* i *Uiberrak* (Kl. W. 1937, Nr. 32) uważają, że sprawa zmniejszania wytwarzania tyroksyny pod wpływem Prominalu nie ulegą wątpliwości.

Prof. dr NONNENBRUCH. Niemiecka Klin. Wewn. w Pradze.

ZNACZENIE KLINICZNE AZOTU RESZTKOWEGO.

(Referat według Wien. Klin. Wschr. 1937 Nr. 7).

Pod określeniem: „azot resztkowy“ rozumiemy zawartość azotu w jakimkolwiek płynie ustrojowym, przede wszystkim zaś we krwi po odbiałczeniu. Azot resztkowy składa się w połowie z mocznika i w drugiej połowie z niemocznikowego azotu resztkowego. Prawidłowa zawartość azotu resztkowego we krwi wynosi 30 mg %. Przy zwiększeniu się azotu resztkowego (przy azotemii) stwierdza się z reguły zwiększenie mocznika; zwiększeniu może jednak ulec również i azot niemocznikowy. Na azot niemocznikowy składa się azot pochodzący z następujących związków: z amoniaku, kreatyniny, puryny, indykanu, aminokwasów, aminów, lipoidów i kwasów oksyproteinowych. Klinicznie autor odróżnia 3 postacie zwiększenia azotu resztkowego (azotemii):

1.	Mocznik zwiększony	Azot niemocznikowy normalny
2.	Mocznik normalny lub zmniejszony	„ zwiększony.
3.	Mocznik zwiększony	„ zwiększony.

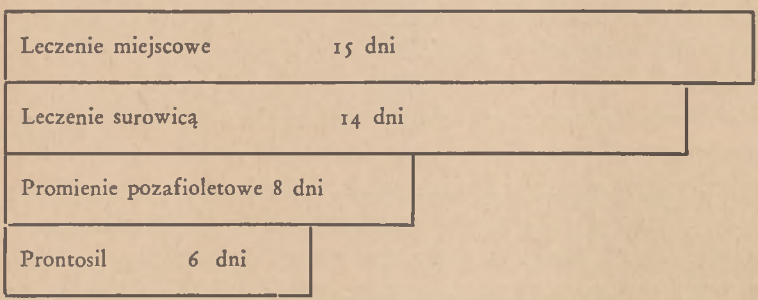
Zwiększenie azotu niemocznikowego stwierdzamy przede wszystkim w przypadkach uszkodzeń miąższu wątrobowego, jak np. przy marskości wątroby, po wstrzyknięciu salvarsanu w kile, w ostrym żółtym zaniku wątroby, przy którym zwiększenie się azotu do 200 mg% zależy wyłącznie od zwiększenia się niemocznikowego azotu resztkowego. W 3. postaci azotemii zaburzenia chorobowe dotyczą nie tylko wątroby, lecz również nerek; jedynie przy bardzo ciężkich uszkodzeniach czynności wątroby, uniemożliwiających wytwarzanie mocznika, zwiększenie azotu mocznikowego nie może, oczywiście, nastąpić. Zwiększenie zawartości mocznika wywołuje przeważnie spadek ilości azotu niemocznikowego. Podawanie mocznika obniża azotemię niemocznikową. Również wyciągi wątrobowe (Campolon) zmniejszają podobnie jak mocznik zawartość azotu niemocznikowego. Zwiększenie się zawartości azotu mocznikowego we krwi stwierdzamy przy zaburzeniach nerkowych, podczas gdy zwiększenie się azotu niemocznikowego jest często wynikiem hipochloremii (azotemia hipochloremiczna) i wskazuje na zaburzenia wątrobowe. Przy badaniu klinicznym ciężki obraz śpiączki nie wyjaśnia głębszej przyczyny zaburzeń i dopiero badanie krwi rozstrzyga o rozpoznaniu. Zwłaszcza azotemie hipochloremiczne, przebiegające często z uporczywymi wymiotami, reagują nadzwyczaj pomyślnie na stosowanie soli kuchennej.

Dr V. ANGHELESCU, dr D. CRIVETZ, dr I. PASCAL i dr V. LAZARESCU.
Klinika Chorób Zakaźnych „Colentina" w Bukareszcie.

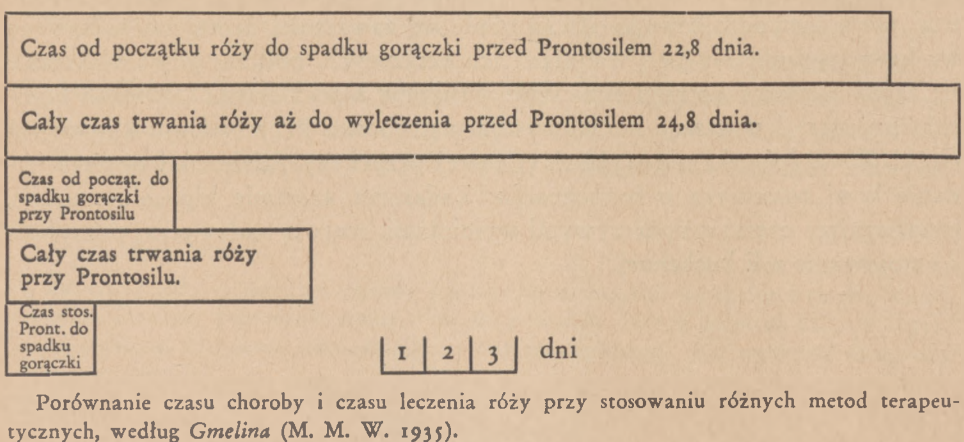
BADANIA PORÓWNAWCZE NAD SEROTERAPIĄ, NAŚWIETLANIAMI POZAFIOLETOWYMI I CHEMOTERAPIĄ RÓŻY.

(Referat według Dtsch. med. Wschr. 1936 Nr. 40).

Chorzy na różę, leczeni wyłącznie zabiegami miejscowymi, dostają często nawrotów i powikłań i przebywają wobec tego w szpitalu przeciętnie około 15 dni. Chorzy leczeni surowicą — 100 cm^3 surowicy paciorkowcowej domięśniowo codziennie przez 6 — 8 dni — przebywali w klinice 12 — 14 dni, czyli że leczenie surowicą nie daje na ogół wyników lepszych niż leczenie miejscowe. Naświetlanie promieniami pozafioletowymi skraca czas leczenia do 8 dni, najlepsze zaś wyniki daje leczenie róży Prontosilem, przy którym chorzy przebywali w klinice zaledwie 6 dni. Autorzy leczyli Prontosilem 12 chorych; Prontosil podawano co 3 godziny po 1 tabletce à 0,3 g = 2,4 g w ciągu 24 godzin.



Czas leczenia róży różnymi metodami, według Anghelescu.



Porównanie czasu choroby i czasu leczenia róży przy stosowaniu różnych metod terapeutycznych, według *Gmelina* (M. M. W. 1935).

Dzieciom podawano dawki mniejsze, np. jedno dziecko w wieku 3 i pół miesiąca otrzymywało tylko 0,9 g na dobę. Gorączka, która nie ustępowała pod wpływem surowicy, opadała krytycznie już w 1. lub 2. dniu stosowania Prontosilu. Postępowanie zaczerwienienia ulegało wyraźnemu i nagłemu zahamowaniu, zmiany skórne szerzyły się najwyżej jeszcze o 1 cm^3. Obrzęk zmniejszał się szybko, bóle ustępowały już po krótkim czasie. Szybki spadek gorączki sprawiał chorym znaczną ulgę; następnego dnia po ustąpieniu gorączki chorzy czuli się już bardzo dobrze i odzyskiwali apetyt. Tolerancja Prontosilu była dobra: również pacjenci w starszym wieku oraz chorzy z białkomoczem, krwiomoczem lub niewielką azotemią znosili Prontosil bez żadnych zaburzeń. Jedynie mocz zabarwiał się na kolor ciemnoczerwony a łącznice i skóra przyjmowały zabarwienie lekko żółte. — Leczenie Prontosilem odznacza się tą wielką zaletą, że jest bardzo łatwe i wymaga jedynie regularnego podawania tabletek.

Dr A. ROTH, Szpital Powszechny. Hagen.

WYLECZENIE POSOCZNICY ZA POMOCĄ PRONTOSILU.

(Referat według Dtsch. med. Wschr. 1936, Nr. 43).

Autor opisuje historię choroby 37-letniej kobiety,u której cierpienie rozpoczęło się od zwykłej anginy; bóle gardła, utrudnienie przełykania, gorączka. Pomimo ustąpienia podmiotowych objawów anginy gorączka podniosła się do 39 — 40^0. Mocz zawiera 12‰ białka. Jednocześnie wytworzyło się stłumienie w okolicy dolnego płata lewego płuca. Nakłucie próbne wykazało obecność wysięku surowiczego, w którym wykryto paciorkowce. Na tej podstawie rozpoznano posocznicę paciorkowcową, której źródłem była angina.

Leczenie polegało na wstrzykiwaniach Prontosilu. Po 6 dniach gorączka nie przekraczała już 39^0, stan ogólny zaś poprawił się. Następnie w ciągu dalszych 8 dni gorączka wahała się około 38^0. Prontosil wstrzykiwano codziennie. Po upływie jeszcze 2 tygodni ciepłota opadła wreszcie do normy. Zmiany chorobowe w moczu ustąpiły prawie zupełnie. Chora została uratowana. Tolerancja wstrzykiwań Prontosilu była bardzo dobra, żadnych objawów działania ubocznego nie stwierdzono. Niektórzy natomiast pacjenci przy jednoczesnym stosowaniu doustnym i pozajelitowym skarżyli się na pogarszanie się apetytu.

Również i w szeregu innych przypadków autor osiągnął za pomocą Prontosilu bardzo pomyślne wyniki lecznicze: 23-letnia chora dotknięta nawracającym reumatycznym zapaleniem wsierdzia; stan bardzo ciężki; rokowanie wydawało się złe; pod wpływem Prontosilu gorączka bardzo szybko obniżyła się z 39^0 do 37^0 przy jednoczesnej poprawie tętna i stanu ogólnego. W przypadku róży

całego podudzia, przebiegającej z objawami zgorzelinowymi, Prontosil w ciągu 4 dni doprowadził do ustąpienia gorączki i objawów zapalnych. U 2 dalszych chorych z różą twarzy gorączka i zapalenie ustąpiły w 5. dniu (jeden z tych przypadków był bardzo ciężki i przebiegał z wytwarzaniem się pęcherzy). Również w przypadku ropnia płuc Prontosil przyczynił się do wyleczenia; chory otrzymywał coprawda również wstrzykiwania Neosalvarsanu oraz preparat guajakolowy. W przypadku powolnego zapalenia wsierdzia Prontosil wpłynął na gorączkę i stan ogólny, jednakże w ostatecznym wyniku sprawa skończyła się niepomyślnie.

Dr W. PERNICE, Klinika Pediatryczna w Marburgu.

LECZENIE ROPOMOCZU U DZIECI.

(Referat według Kinderärztl. Prax. 1936, Nr. 7).

Dotychczasowe leczenie ropomoczu u dzieci za pomocą diety, alkalizacji, zakwaszania dietą ketogenną, heksametylenotetraminy, surowicy uodporniającej przeciw lasecznikom okrężnicy i t. d. zawodziło dość często. Z tego względu autor wypróbował w przypadkach ropomoczu wywołanego przez laseczniki okrężnicy działanie lecznicze Prontosilu w tabletkach (4-sulfonoamid-2', 4'-dwuaminobenzolu) i Prontosilu w roztworze (sól dwusodowa kwasu 4'-sulfonoamidofenyloazo-7-acetylo-amino-1-oksynaftalino-3, 6-dwusulfonowego). Materiał obserwacyjny autora składał się z 12 niemowląt i 6 dzieci w wieku od 1 do 12 lat. Tabletki Prontosilu podawano po uprzednim rozpuszczeniu ich w mleku lub herbacie. Tolerancja tabletek była dobra, tylko jedno 5-miesięczne niemowlę nieco wymiotowało po 7-dniowym leczeniu Prontosilem. U innego dziecka z powodu lekkiej niestrawności trzeba było przez krótki czas unikać doustnego podawania Prontosilu i wstrzykiwać go domięśniowo. Niemowlętom podawano 3 razy dziennie po 0,1 g, małym dzieciom 3 razy dziennie po 0,15 g, starszym dzieciom 2 razy po 0,3 (do dawki dobowej 0,75 g). Również stosowanie Prontosilu przez 3 — 4 tygodnie nie wywoływało żadnych zaburzeń. Mocz zabarwia się szybko na kolor żółtawo-czerwonawy, u 2 niemowląt barwnik ukazał się również w kale. U pewnej części dzieci nawet skóra zabarwiła się na kolor brunatno-żółtawy. Spośród 18 dzieci u 13 wszystkie objawy chorobowe szybko ustąpiły i dzieci w krótkim czasie powróciły do zdrowia. Jako 14. powodzenie należy tu wymienić również szybkie wyleczenie jednego nawrotu. Zmiany chorobowe moczu ustępowały najwcześniej po 4, najpóźniej po 12 dniach. Oprócz leczenia dietetycznego wodą z cukrem w ciągu pierwszych 24 godzin, 9 wzgl. 10 dzieci leczono wyłącznie Prontosilem. Po odstawieniu Prontosilu u 2 dzieci wystąpiły nawroty, które jednak

ponowne zastosowanie preparatu wyleczyło szybko i ostatecznie. Prontosil należy podawać w niezmniejszonej dawce jeszcze przez kilka dni po zniknięciu leukocytów i laseczników okrężnicy. U jednego dziecka pomimo stosowania Prontosilu wystąpił nawrót, który wyleczono w ciągu 9 dni za pomocą cytrynianu sodu. Prawdopodobnie dłuższe podawanie Prontosilu sprowadziłoby ostateczne wyleczenie również bez zwracania się do innych dodatkowych środków. Prontosil zawiódł tylko w jednym przypadku; być może, że zastosowana tu dawka dobowa (2 razy dziennie po 0,1 g) była niedostateczna. Przy bardzo wysokiej gorączce i innych objawach toksycznych (meningismus, wymioty) wstrzyknięto surowicę z laseczników okrężnicy, która w krótkim czasie doprowadziła do ustąpienia objawów ogólnych; nieżyt miedniczek nerkowych i pęcherza moczowego pozostał jednak bez zmiany. Wyleczenie nastąpiło nie prędzej aż po wyłącznym stosowaniu Prontosilu. Na podstawie swoich spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że w przypadkach ropomoczu u dzieci, wywołanego przez laseczniki okrężnicy, Prontosil przedstawia środek leczniczy działający szybko i pewnie.

Dr PONGRATZ. Miejski szpital dla dzieci w Augsburgu.

PRONTOSIL PRZY LECZENIU NAGMINNEGO ZAPALENIA OPON MÓZGOWYCH.

(Referat według Dtsch. med. Wschr. 1937 Nr. 26).

Wobec tego, że Prontosil przechodzi do płynu mózgowo-rdzeniowego, autor zastosował go w dużych dawkach dla wzmocnienia działania dolędźwiowych wstrzykiwań surowicy meningokokowej u trojga dzieci dotkniętych nagminnym zapaleniem opon mózgowych*). Wszystkie dzieci wyzdrowiały i zostały wypisane ze szpitala bez żadnych powikłań.

1. Z. F., rok i 9 miesięcy. Dziecko zachorowało nagle 10. 11. 1936. 12. 11. przewieziono je do szpitala z rozpoznaniem gruźlicy prosówkowej. Gorączka 40°, dziecko nieco zamroczone, rusza się niechętnie. Znaczna wrażliwość dotykowa, objaw *Kerniga* dodatni, umiarkowana

*) Według *Jauernecka* i *Gueffroya*, Szpital Miejski, Berlin — Neuköln (Kl. W. 1937 nr. 44 str. 1544), Prontosil, Prontosil album i Prontosil solubile przechodzą przy dostatecznie dużym dawkowaniu do płynu mózgowo-rdzeniowego. W ropnym zapaleniu opon mózgowych bariera oponowa jest łatwiej przepuszczalna, dzięki czemu znajdujemy w płynie stosunkowo dużo Prontosilu, między innymi również aminobenzolosulfoamidu po stosowaniu Prontosilu rubrum. Po Prontosilu solubile + album zawartość sulfanilamidu osiągnęła 3,00 mg %. W surowiczym zapaleniu opon mózgowych (np. po zapaleniu ucha środkowego) barierę oponową można przełamać dopiero za pomocą wielkich dawek. U jednego z takich chorych, który otrzymał 6 tabletek Prontosilu rubrum i 40 cm³ Prontosilu solubile, zawartość barwnika w płynie wynosiła 25 γ % Prontosilu solubile. Obecności Prontosilu rubrum nie udało się wykazać.

sztywność karku, źrenice obustronnie jednakowe, reagują dobrze. Nakłucie lędźwiowe wykazało obecność meningokoków w płynie mózgowo-rdzeniowym. Rozpoznanie: zapalenie opon mózgowych. Leczenie: 16. 11. surowica meningokokowa dolędźwiowo i 20 cm³ surowicy meningokokowej domięśniowo. Od 17. 11. codziennie 5 cm³ Prontosilu domięśniowo. Gorączka obniża się do 37,2°, sztywność karku ustępuje, zamroczenie mniejsze. 20. 11. wieczorem stan ogólny znowu się pogarsza, sztywność karku większa, dziecko jęczy prawie bez przerwy. Ponownie surowica meningokokowa dolędźwiowo i domięśniowo (20 cm³), ponadto w ciągu następnych 5 dni codziennie po 5 cm³ Prontosilu domięśniowo. Następnie od 17. 11. do 7. 12. 3 tabletki Prontosilu dziennie doustnie. 23. 11. — 37,3°. Stan ogólny dobry, sztywności karku nie stwierdza się. Poprawa. 5. 12. 1936 ciepłota prawidłowa, dziecko czuje się coraz lepiej i jest coraz mocniejsze. 18. 12. 1936 dziecko wypisano ze szpitala jako wyleczone.

2. Dziecko przywieziono do szpitala 14. 11. 1936 (czyli 2 dni po pierwszym dziecku) z tego samego mieszkania co pierwsze. Nakłucie lędźwiowe: płyn umiarkowanie mętny, wycieka pod ciśnieniem znacznie zwiększonym. Ilość komórek 1263/3 w 1 cm³; przeważają leukocyty. Posiew: meningokoki. Leczenie: 20 cm³ surowicy meningokokowej dolędźwiowo i domięśniowo, codziennie 5 cm³ Prontosilu domięśniowo, codziennie 3 razy po 1 tabletce Prontosilu doustnie. 18. 11. 37°, zamroczenie mniejsze, sztywność karku ustępuje, apetyt dobry. 22. 11. dalsza poprawa, sztywności karku nie stwierdza się, dziecko już siada samodzielnie. 5. 12. dziecko biega swobodnie, żadnych objawów oponowych nie stwierdza się. 18. 12. 1936 dziecko wypisano ze szpitala jako wyleczone.

3. M. L., 2 lata. Przywiezione do szpitala 16. 11. 1936. Rozpoznanie: Meningitis, Febris undulans. Świadomość nieco zamroczona, znaczna sztywność karku, *Kernig* +, 40°. Nakłucie lędźwiowe: ciśnienie znacznie zwiększone, płyn bardzo mętny, ilość komórek 2224/3, przeważnie leukocyty. Posiew: meningokoki. Autor nie wstrzykiwał surowicy, lecz ograniczył się do stosowania jedynie Prontosilu. W ciągu 8 dni wstrzykiwano codziennie po 5 cm³ Prontosilu domięśniowo, następnie przez 20 dni dziecko otrzymywało doustnie 3 razy dziennie po 1 tabletce Prontosilu. Już w 4. dniu — 37,4°. Drugie nakłucie lędźwiowe (19. 11.) wykazało płyn znacznie czyściejszy. Sztywność karku ustąpiła prawie zupełnie. Dalsza poprawa stanu ogólnego, ciepłota prawie stale prawidłowa. 12. 12. 1936 dziecko wypisano ze szpitala jako wyleczone.

Dr H. FRANK, Odział Chorób Wewnętrznych Szpitala Miejskiego w Mannheimie.

ICORAL — NOWY ŚRODEK POBUDZAJĄCY KRĄŻENIE O SWOISTYM DZIAŁANIU NA OŚRODEK ODDECHOWY.

(Referat według Dtsch. Med. Wschr. 1933, nr. 20).

Autor omawia wyniki stosowania Icoralu w 16 przypadkach bardzo ciężkich zatruć (13 kwasem barbiturowym, 2 tlenkiem węgla, 1 morfiną). Icoral wstrzykiwano zarówno dożylnie jak i domięśniowo do 5 razy w odstępach co 45 — 60 minut; przy stosowaniu domięśniowym wstrzykiwano do 2,5 cm³ Icoralu na dawkę. Tolerancja Icoralu była doskonała, gdyż ani razu nie wywołał on żadnych przykrych objawów działania ubocznego. Icoral jest to wodny roztwór soli chlorowych dwóch syntetycznie wytworzonych zasad: jedna z nich, m-oksy-n-etylo-dwuetylo-amino-etylo-aminobenzol (zasada

A) pobudza w swoisty sposób ośrodek oddechowy i działa jak lobelina; zasada druga, m-oksy-fenylo-propanol-amina (zasada B) pobudza serce i układ naczyniowy i działa jak efedryna. 1 ampułka o pojemności 2 cm^3 zawiera 5%-owy roztwór obu zasad w stosunku 4 : 1. Ampułki dla dzieci zawierają 1 cm^3 0,5%-owego roztworu. W dwóch przypadkach dożylne wstrzyknięcie 0,3 — 0,5 cm^3 Icoralu wywołało szczękościsk z niewielkimi tonicznymi skurczami mięśni wyprostnych, trwającymi kilka minut. Tolerancja wstrzykiwań dożylnych jest indywidualnie bardzo zmienna. W kilku przypadkach wstrzykiwania po 1 cm^3 nie wywołały żadnych przykrych objawów, u niektórych chorych natomiast należało postępować ostrożnie i nie przekraczać dawki 0,3 cm^3; przy powolnym wstrzykiwaniu i braku objawów poważnego uszkodzenia serca, tolerancja dożylnego wstrzyknięcia dawki 0,3 cm^3 była jednak zawsze dobra; po 20 minutach można tę dawkę bez żadnej obawy powtórzyć. Wobec tego, że działanie wstrzyknięcia dożylnego szybko przemija, należy wstrzyknięcie dożylne zawsze stosować jednocześnie z wstrzyknięciem domięśniowym. Spośród zatrutych zmarło trzech; dwóch zatrutych kwasem barbiturowym, jeden — tlenkiem węgla. Ciśnienie krwi zawsze podnosiło się po Icoralu o 20 — 30 mm Hg i utrzymywało się na tym wyższym poziomie po wstrzyknięciu dożylnym przez 20 minut a po wstrzyknięciu domięśniowym przez 35 — 45 minut. Kilku pacjentów odzyskało przytomność już w 10 minut po wstrzyknięciu. Autor omawia następnie w krótkości historię choroby pewnej pacjentki z dwustronnym ropniem migdałkowym i znacznym obrzękiem; po otwarciu prawego ropnia migdałki zamknęły w nocy prawie cały otwór gardzielowy. Doraźne działanie Icoralu było doskonałe i chorą udało się chwilowo uratować; w 13 dni po operacji zmarła ona jednak z powodu dużego zgorzelinowego ogniska płucnego, które wytworzyło się wskutek aspiracji podczas asfiksji. Pewien chory znajdujący się w stanie ciężkiej śpiączki wątrobowej, w przebiegu podostrego żółtego zaniku wątroby, obudził się pod wpływem wstrzykiwań Icoralu i odzyskał na pewien czas przytomność. Ciężkie to schorzenie wątroby doprowadziło jednak później do zejścia śmiertelnego. Działanie Icoralu, pobudzającego czynność odechową, oraz jego pomyślny wpływ na ciśnienie krwi i wypełnienie tętna ujawniły się szczególnie wyraźnie zwłaszcza u dwóch chorych, dotkniętych ciężkim zapaleniem drobnych oskrzelików w przebiegu grypy.

Dr H. Bremer. Klinika Chirurgiczna Uniwersytetu w Kolonii.
(Referat według Zbl. Chir. 1933, nr 24).

Autor stosował Icoral z pomyślnymi wynikami u 60 pacjentów z pooperacyjnym osłabieniem krążenia i stanami zapaści lub wstrząsu. W 3 — 5 minut po wstrzyknięciu tętno wzmacniało się wyraźnie. Jednoczesne przyspieszenie i pogłębienie oddechu skłoniło *Bremera* do stosowania Icoralu nie tylko przy powikłaniach związanych z uśpieniem, lecz również i po wszelkich zabiegach operacyjnych. — Pogłębienie oddechu poprawiało ukrwienie płuc i przyczyniało się

do szybszego budzenia się ze stanu narkozy. Chorzy, którzy robili wrażenie, że są zagrożeni pooperacyjnymi powikłaniami płucnymi, otrzymywali Icoral codziennie przez szereg dni. Autor jest przekonany, że zapobiegawcze stosowanie Icoralu skutecznie chroniło przed powikłaniami płucnymi, a stosowanie lecznicze wpływało pomyślnie na przebieg. Autor podaje następujące wskazania do stosowania Icoralu w praktyce chirurgicznej: 1. Osłabienie krążenia po operacji. 2. Stany zapaści i wstrząsu. 3. Powikłania narkotyczne. 4. Zapobieganie po uśpieniu (dla lepszego przewietrzania płuc). 5. Pooperacyjne powikłania płucne.

Dr W. BAETZNER, Klinika Chirurgiczna w Szp. Roberta Kocha w Berlinie.

LECZENIE FURUNKULOZY WITAMINĄ A.

(Referat według Zbl. Chir. 1937 Nr. 6).

Już w roku 1935 doniósł *Baetzner* w Berlińskim Towarzystwie Chirurgicznym o doskonałym wpływie leczniczym maści zawierających Vogan na gojenie się owrzodzeń. Wśród licznych pomyślnie leczonych przypadków na szczególną uwagę zasługiwała historia choroby pewnego pacjenta dotkniętego nadzwyczaj uporczywym głębokim owrzodzeniem odleżynowym; przyjmowanie Voganu do wewnątrz oraz stosowanie Voganu w płynie bezpośrednio na samą ranę a następnie leczenie miejscowe 1%-ową maścią voganową doprowadziło w ciągu kilku tygodni do zupełnego wyleczenia. Chory cierpiał ponad to na silnie krwawiący drążący wrzód dwunastnicy i był w związku z tym zanemizowany. Również kilka obficie sączących owrzodzeń goleni pokryło się nadzwyczaj szybko zdrowym naskórkiem. Przed 2 laty zastosowano Vogan po raz pierwszy również w przypadku bardzo uporczywej czyraczności. Już po kilku dniach przyjmowania Voganu w dawce 1 — 2 razy dziennie po 1 kropli ropiejące miejsca zaczęły wysychać i nowe czyraki przestały się wytwarzać. Opierając się na tym spostrzeżeniu, autor zastosował Vogan w szeregu dalszych przypadków czyraczności i osiągał przeważnie bardzo pomyślne wyniki lecznicze. Ostatnio autor obserwował przypadek ciężkiego czyraka na karku i rozległego czyraka na udzie; leczenie chirurgiczne i stosowanie opatrunków z maści tranowej zawiodło zupełnie, natomiast doustne podawanie Voganu doprowadziło w ciągu kilku dni do zupełnego wyleczenia bez nawrotów.

Według *Hübla* (Fortschr. Ther. 1935 Nr. 2) nawet najcięższe pryszczyce różnego rodzaju u słabowitych dzieci ustępują w ciągu kilku dni pod wpływem stosowania Voganu w dawkach 2 razy dziennie po 3 — 8 kropel. *Pillat* (Rocznik Mercka 1935) obserwował w Chinach przypadki zmian skórnych pod postacią charakterystycznej suchości, występowania licznych wągrów i ropni, które ustępowały szybko pod wpływem podawania tranu lub Voganu. *Baetzner*, który leczył za pomocą Voganu wszystkie okresy furunkulozy, uważa, że najskuteczniejszymi okazują się dawki małe.

Dr M. RODECURT, Hanower.

BŁĘDY W LECZENIU ZAKAŻENIA POCHWY TRICHOMONADAMI.

(Referat według Zschr. ärztl. Fortbild. 1937 Nr. 8).

Od czasu do czasu obserwujemy pacjentki cierpiące na upławy na podłożu zakażenia pochwy trichomonadami, u których Devegan nie sprowadza wyleczenia. Również i w tych uporczywych przypadkach można osiągnąć wyleczenie, jeżeli się starannie przestrzega następujących przepisów:

1. Największa czystość; unikać rozmazywania upławów; umiejętne czyszczenie rąk, krótkie obcinanie paznokci, korzystanie z pilnika do paznokci.
2. W tym samym łóżku nie może spać żadna inna kobieta ani dziewczynka.
3. Częste zmienianie bielizny osobistej i pościelowej.
4. Bielizny zanieczyszczonej upławami nie pozostawiać w otwartym miejscu (niebezpieczeństwo zakażenia).
5. Bieliznę dobrze gotować co najmniej przez 10 minut.
6. Dopóki utrzymują się choćby nieznaczne nawet upławy nie stosować nasiadówek ani kąpieli całkowitych, nie kąpać się w basenach publicznych, lecz obmywać się wyłącznie w pozycji stojącej.
7. W miarę możliwości nie stosować przepłukiwań pochwy przez same pacjentki, aby Devegan mógł pozostawać w pochwie możliwie najdłużej, oraz dla zapobiegania ponownym zakażeniom przez instrumenty do przepłukiwań, serwetki, gąbki i t. d.



Trichomonas vaginalis *Donné* (według *Powella*)

8. Jeżeli przepłukiwań nie można uniknąć, należy je dokonywać pod niewielkim ciśnieniem na 2 — 3 godziny przed ponownym zakładaniem tabletek. Po przepłukaniu nie wkładać irygatora do naczynia, lecz natychmiast zdjąć z węża gumowego, przepłukać w bieżącej wodzie i gotować przez 10 minut. Przed następnym użyciem wskazane jest ponowne 10-minutowe odkażanie irygatora we wrzącej wodzie.
9. W miarę możności unikać natrysków pochwowych.
10. Dopóki trwają silniejsze upławy zakaz stosunków lub conajmniej stosowanie prezerwatywu dla ochrony przed zakażeniem choćby utajonym cewki męskiej, które może doprowadzić do ponownego zakażenia kobiety.
11. Zawsze stosować 3 opakowania Deveganu po 30 tabletek, nawet przy uprzednio już pozornie osiągniętym pomyślnym wyniku leczniczym.

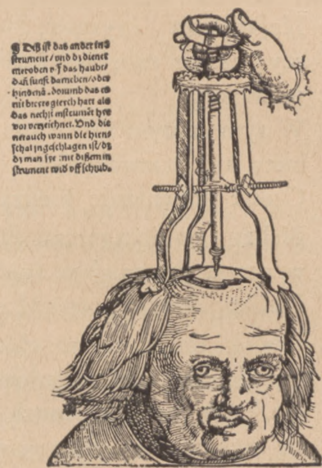
HISTORIA CHORÓB UMYSŁOWYCH.

(Münch. med. Wschr. 1936 Nr. 22) i in.

Choroby umysłowe już od najdawniejszych czasów wzbudzały niezwykle żywe zainteresowanie zarówno wśród lekarzy jak i wśród ogółu społeczeństwa. Narody starożytne, a zwłaszcza Grecy, uważali, że istota zaburzeń umysłowych polega na opanowaniu chorego przez demony; wielu ludzi z czci i szacunku ku demonom czciło i obawiało się jednocześnie umysłowo chorych i tłumaczyło sobie brednie wypowiadane przez nieszczęśliwych jako doniesienia i przepowiednie udzielane przez bogów. Opętanie przez diabła jest pojęciem, które powstało dopiero w średniowieczu pod wpływem nauk chrześcijańskich; *Ulfila* (310—383) nie znał jeszcze określenia „opętanie przez diabła". Już najdawniejsi lekarze nie ograniczali się jednak do teoretycznych rozważań nad zależnością chorób umysłowych od sił nadprzyrodzonych, lecz usiłowali w miarę możności również leczyć chorych. *Hippokrates* podał pewne wskazówki lecznicze, za pomocą których możnaby uwalniać chorych od udzielonej im „łaski bogów". Z biegiem czasu zaczęto coraz dokładniej odróżniać poszczególne postacie zaburzeń umysłowych. Znane są np. szczegółowe opisy likantropii. Był to szał, który w czasach średniowiecznych opanowywał ludzi i pod którego wpływem chorzy odwiedzali w nocy cmentarze i wyli tam jak wilki; szał ten występował najczęściej w lutym lub w marcu. *Antyliusz* (około 280 r. przed Chr.) opisał szczegółowo stany depresji. *Poseidoniusz* (około 370 r. po Chr.) opisał stan chorobo-



Ilustracja *Dorégo* do dzieł *Balzaca* (1833 — 1883)



Trepanacja „przeciwko szaleniu mózgu" według *H. Gersdorfa* 1528.



Scena z angielskiego zakładu dla obłąkanych według *Hogartha* (1697 — 1764)



Obłęd religijny według Verité des Miracles, Utrecht 1737.



Czterech obłąkanych według
Chodowieckiego (1726 — 1801).



Leczenie przez wypędzanie diabła.
Michał Wohlgemuth (1434 — 1519).

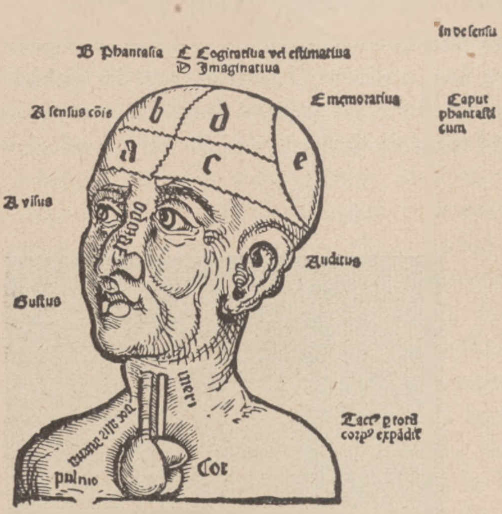


Leczenie melancholii za pomocą
puszczania krwi i pijawek,
według *M. Geigera*, Monachium, 1651.



Operacja „kamienia w głowie".
Franciszek Hals (1617 — 1670).

wy, który nazwał „Phrenitis“ i którego istotą było odwrócenie wszelkich pojęć przy zachowanym jednak rozsądku. Następnie *Aleksander z Trallesu* (525 — 605) opisał stany maniakalne i inne choroby umysłowe. Padaczkę leczył on w ten sposób, że w miejscu, w którym rozpoczynały się pierwsze drgawki, wywoływał sztuczne ropienie. *Jahjah ebn Serabi*, uczony arabski (802 — 849), uzależnia histerię od niezaspokojenia życia płciowego. Według *Honema ebn Izhaka* z Bagdadu (809 — 874) wąchanie spalonych włosów lub czosnku obniża macicę i uspokaja podniecenie histeryczne. *Avicenna* (980 — 1037) opisuje choroby umysłowe już bardzo szczegółowo. Chorym na padaczkę zaleca on spożywanie obfitych obiadów, kolacja natomiast powinna być bardzo skromna. *Michał Psellos* (1020 — 1105) zaleca przeciw bólom głowy ametyst, przeciw padaczce jaspis oraz przeciw melancholii magnes z mlekiem. Zdawałoby się, że nauka o chorobach umysłowych mogłaby torować drogę również postępom w dziedzinie psychologii, jednakże dopiero około roku 1300 *Torrigiani Rustichelli* udowodnił, że siedliskiem myśli i wrażeń jest nie serce, jak dotychczas powszechnie uznawano, lecz mózg.



Poprzednik frenologii według *Mateusza Qualle, 1513*, Wiedeń.



Trilogium animae (A: Cerebrum. B: Sensus conis, C: Imaginatio, D: Fantasia, E: Estimatina, F: Memoria) według głowy *Pirkheimera. Dürer* (1471 — 1528).

W średniowieczu „leczono“ umysłowo chorych, których uważano za opętanych przez piekielne moce, za pomocą wypędzania diabła i różnych zaklęć. Obłąkanych odziewano dla łatwiejszego odróżnienia w specjalne szaty. Ceremonie egzorcyzmów czyli uroczystego wypędzania z chorych złego ducha, odbywały się przeważnie w miejscach uświęconych pielgrzymek. Często leczenie było bardziej radykalne. Obłąkanych pozbywano się z miejsca ich stałego zamieszkania przez wypędzenie; w razie gdy przyszło im na myśl powrócić

chłostano ich bez litości. Pierwsze pewne doniesienia o zakładach dla obłąkanych pochodzą z Brieg (1369) i z Hamburga (1376). Następnie powstały specjalne zakłady dla umysłowo chorych w Hiszpanii: w Saragossie (1425), w Sewilli (1436) i w Toledo (1483). Jednakże ani wówczas ani też kilka wieków później zakłady te nie były zakładami troskliwej opieki, lecz raczej domami okropnych męczarni. Jeszcze w roku 1803 *Reil* w następujący sposób opisuje grozę tych zakładów, przypominających raczej więzienia dla najgorszych przestępców:

„W spelunkach tych brak było świeżego powietrza, słonecznego światła, ruchu, rozrywki. Chorzy nie mieli ani jednego fizycznego lub moralnego środka, którzyby mógł im ułatwić odzyskanie zdrowia. Dozorcy więzienia są to przeważnie ludzie bez serca, którzy codziennie popełniają czyny barbarzyńskie bez żadnych skrupułów... Wrzaski obłąkanych i szczęk łańcuchów rozlegają się dzień i noc na ulicach sąsiadujących z klatkami, w których trzymano nieszczęśliwych chorych. Każdy nowy przybysz, jeżeli nawet miał choć trochę rozsądku, to po krótkim pobycie w tych okropnych warunkach, tracił go do reszty“.

W średniowieczu często umieszczano umysłowo chorych w więzieniach przeznaczonych zasadniczo dla dłużników; w r. 1460 w Frankfurcie n. M. istniało takie więzienie, w którym cele miały zaledwie po 9 stóp długości, szerokości i wysokości. Jednakże już wówczas nie wszyscy ludzie uważali umysłowo cho-



Wyszydzanie leczenia obłąkanych czyli „wycinania obłędu“. Holandia, obraz dawniej w Madrycie (1626).



Imperia, transfiguracja *Rafaela* (1483 — 1520).

rych za opętanych przez złe demony; bardzo możliwe, że wiele osób wypowiadało takie poglądy jedynie dla usprawiedliwienia dokonywanych okrucieństw. Istniały wówczas również umysły światłe i szlachetne, które litowały się nad nieszczęśliwymi obłąkanymi, jak tego np. dowodzi list landgrafa *Ludwika* z Hessen — Marburga skierowany do dwóch marburskich proboszczów w r. 1575 (List ten został ogłoszony w Münch. med. Wschr. 1936, Nr. 22).

W wieku XVI anatomia poczyniła wielkie postępy, które umożliwiły dokładniejsze poznanie również patologii mózgu. *Johannes Fernelius*, lekarz przyboczny króla Francji, *Henryka II*, (1552) starał się udowodnić w swych pismach, że siedliskiem duszy jest mózg. *Gabriel Fallopiusz* (1523 — 1562) z Modeny opisał nerwy mózgowe i wykazał, że opony mózgowe nie mają nic wspólnego z nerwami. *Constanzo Varolio* (1543 — 1575), lekarz papieski, podał szczegółowy opis anatomii mózgu; most Varola otrzymał swą nazwę dla upamiętnienia zasług tego uczonego lekarza. *Plater* (wiek XVI) żąda, aby umysłowo chorych nie umieszczano w więzieniach, lecz poddawano ich psychicznemu leczeniu. Jako zaburzenia umysłowe *Plater* opisuje następujące stany chorobowe: mentis imbecilitas, defatigatio, consternatio, alienatia. Według uczonego szkockiego *Williama Cullena* (1709 — 1790) mózg — sensorium przedstawia narząd cielesny nierozłącznie zespolony z duszą. *Tissot* (1728 — 1797) opisał różne choroby nerwowe. *Morgagni* podał dokładny opis zapalenia opon mózgowych, *Fothergill* omawia wodogłowie, *Hoffmann* i *Büchner* rozpoznali istotę udaru mózgowego i wykazali obecność wylewów krwi jako właściwej przyczyny zaburzeń. *Contugno* (1736 — 1822) opisał mózg i móżdżek. Dopiero w XVIII wieku rozpoczęto oswabadzać obłąkanych z więzień i z łańcuchów. Najwięcej zasłużyli się w tej sprawie we Francji *Lorry* i *Pinel*, a w Niemczech *Greding* (1718 — 1775) i *Ehrhard*, którzy zajęli się naukowymi podstawami lecznictwa obłąkanych. *Ehrhard* oddzielił melancholię od obłędu, szaleństwa, hipochondrii i opracował zagadnienie t. zw. myśli natrętnych. Za właściwego reformatora lecznictwa chorób umysłowych należy jednak uważać uczonego niemieckiego *Langermanna* (1768 — 1832). Jeszcze w XVIII wieku polecano jako skuteczny środek przeciw padaczce dotknięcie się ręki człowieka skazanego na śmierć. Około roku 1780 *Franciszek Józef Gall* (1757 — 1828) z Tiefenbronn pod Pforzheimem położył wielkie zasługi w sprawie wyjaśnienia anatomii mózgu. Organologia *Galla*, którą wykładał w r. 1796 w Wiedniu, została jednak zakazana. *Gall* przeniósł wówczas swe wykłady do Spandawy, gdzie uzupełnił swe odczyty demonstracjami na uwięzionych przestępcach; jednakże również i w Spandawie *Gall* zdobył sobie jedynie przemijające uznanie. Wielce zasłużony ten uczony ośmieszył się niepotrzebnie swą nauką o umiejscowieniu 27 „narządów zmysłów“ (zmysł płodzenia, miłości, przestępstwa, ostrożności, metafizyki, poezji i t. p.).

Nowoczesne rozpoznawanie, leczenie i zapobieganie chorób umysłowych opiera się na podstawach zdobytych dopiero w wieku XIX i XX.

Wypróbowane recepty
z PROMINALEM

Rp. Prominali 0,2—0,4
Pyramidoni orig. 0,2
Coffeini citrici 0,05
M. f. pulv. D. t. dos. Nr. X
Przeciwko bólom spastycznym.

Rp. Coffeini hydrobromi.
Chinini sulf. aa 0,1
Prominali 0,2—0,4
Sacchari albi 1,0
M. f. D. t. dos. Nr X
Przeciwko migrenie.

Rp. Prominali 0,2
Natrii bromati 0,8
M. f. p. D. t. dos. Nr X in charta.
Ds. 3 razy dziennie po 1 proszku
Jako środek uspokajający.

Rp. Prominali 0,05—0,1
Theobromini 0,1
Natrii jodati 0,05
M. f. p. D. t. dos. Nr X in charta cerata
Ds. 3 razy dziennie po 1 proszku.
Stwardnienie naczyń.

Rp. Papaverini hydrochlorici 0,04
Natrii citrici 0,04
Prominali 0,05
Natrii bicarbonici 0,25
M. f. p. D. t. d. X
Ds. 4 razy dziennie po 1 proszku
Skurcze naczyniowe.

Rp. Prominali 20,0
Extr. Belladonnae 2,0
Extr. Valerianae 5,0
Pulv. rad. al. q. s. ut. f.
pil. Nr. 100.
Ds. 1—2 pigułki dziennie.
Jako środek uspokajający.

Rp. Prominali 0,1
Papaverini hydrochlorici 0,03
M. f. p. D. t. d. Nr. X
Ds. 2—3 razy dziennie po 1 proszku
Dolegliwości klimakteryczne.

PROMINAL PRZY PADACZCE.

Rp. Prominali 0,1—0,6
*) Sacchari lactis 0,5
M. f. pulv. D. t. d. Nr. 10
Ds. 1 proszek dziennie.

Rp. Prominali 0,2—0,4
Antipyrini orig. 0,3
Coffeini citrici 0,05
M. f. pulv. D. t. d. Nr. 10
Ds. 1 proszek dziennie.

Rp. Prominali 20,0
Extr. Valerianae
Rad. Valerianae qu. s. ut f.
pil. Nr 100.
Ds. 1—3 razy dziennie po 1 pigułce.

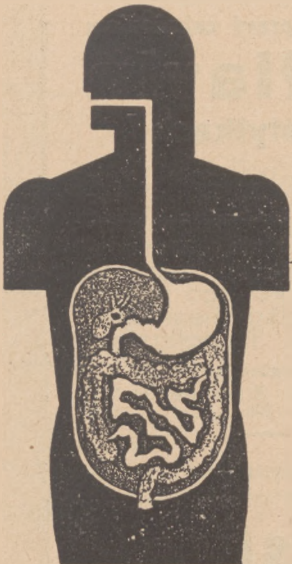
JAKO ŚRODEK USPOKAJAJĄCY I SPAZMOLITYCZNY W KRZTUŚCU, SKURCZACH NACZYNIOWYCH, NADCIŚNIENIU, MIGRENIE, CHOROBIE BASEDOWA.

Rp. Prominali 0,3
Sacchari lactis 0,3
M. f. pulv. D. t. dos. Nr XX
Ds. 3 razy dziennie po 1 proszku

Rp. Prominali 0,4—0,6
Ol. Cacao ad 2,0
M. f. supposit. D. t. dos. Nr V
D.s. w razie potrzeby 1 czopek.

*) Dodatek cukru w proszkach jest dozwolony tylko wówczas, gdy waga pojedyńczego proszka nie przekracza 0,2 g.


W chorobach z zaziębienia
dla ochrony przed zakażeniem
Panflavin
w pastylkach
Dokładne odkażenie jamy ustnej i gardła, silne działanie antyseptyczne, doskonała zdolność dyfuzji i znaczne działanie na warstwy głębokie zawartego w pastylkach środka chemoterapeutycznego Trypaflaviny.
Opakowania oryginalne:
pudełka po 30 pastylek zł 2.50
„ „ 100 „ „ 6.50
Przeciwko zapaleniom w zakresie dróg oddechowych
Kresival
skuteczny środek wykrztuśny i przeciwkaszlowy.
Kresival odznacza się przyjemnym smakiem, rozrzedza lepką wydzielinę, ułatwia wykrztuszanie, łagodzi podrażnienie kaszlowe i działa przeciwzapalnie.
Opakowania oryginalne:
flaszki po 125 g zł 3.45
BAYER



NOTATKI TERAPEUTYCZNE

W sprawie rozpoznawania choroby Heine-Medina.

Wczesne rozpoznawanie dziecięcego porażenia rdzeniowego jest rzeczą trudną. Np. w Ameryce na 450 zameldowanych chorych jedynie w połowie przypadków udało się postawić wcześnie właściwe rozpoznanie. *Keller* uważa zresztą te wyniki za stosunkowo pomyślne. Szczególnie trudnym jest wczesne rozpoznanie dopóki nie wystąpi charakterystyczne porażenie wiotkie. Wobec tego jednak, że trafne rozpoznanie już pierwszych okresów choroby ma duże znaczenie praktyczne (dla zastosowania w porę surowicy ozdrowieńców po chorobie Heine-Medina), należy podczas epidemii zwracać baczną uwagę na wszystkie wczesne objawy, między innymi na „zwiastunowe osłabienie" i łatwe męczenie się. Bezpośrednio po tym albo po przerwie kilkodniowej następują okresy przedporażenny i porażenny. Objawy okresu przedporażennego są następujące: hipotonia, brak poszczególnych odruchów ścięgniowych, nagłe potykanie się i przewracanie, przeczulica, bóle ruchowe, objawy oponowe, jak sztywność karku i t. d. Objawy są na ogół bardzo zmienne. Często występujące obfite poty nie zależą od wahań ciepłoty. Nie rzadko stwierdza się zaburzenia przytomności, niepokój, podniecenie, zaparcie lub biegunki, wymioty, senność w ciągu dnia. Ważne jest, aby dążyć do ścisłego ujęcia i rozpoznania każdego objawu, wskazującego na schorzenie ośrodkowe. Duże znaczenie ma również badanie płynu mózgowo-rdzeniowego (podniesienie się ciśnienia, powiększenie ilości komórek, zwłaszcza na początku, prawidłowa lub zaledwie nieznacznie zwiększona zawartość cukru). Badanie płynu nie pozwala jednak niestety na odgraniczenie od t. zw. „aseptycznego zapalenia opon mózgowych". W czasach, gdy epidemia nie panuje, rozstrzygnięcie tego pytania jest prawie niemożliwe.

Zdarza się, że już istniejące porażenie wiotkie można czasami przeoczyć, gdyż dzieci z powodu silnego bólu unikają wszelkich ruchów. Oponowe, mózgowe lub poronne postacie choroby Heine-Medina są zwykle bardzo trudne do rozpoznania, gdyż objawy rdzeniowe ustępują wtedy na drugi plan.

Prof. dr W. Keller, Szpital Miejski w Mainz.

(Z. f. ärztl. Fortb. 1937, Nr 8)

Torantil.

Autor opisuje historię choroby pewnej pacjentki, która już od wielu lat cierpiała na ciężką neuralgię nerwu trójdzielnego. Niezależnie od tego uporczywego nerwobólu chora dostawała często napadów angioneurotycznych obrzęków pod postacią pęcherzyków podobnych do pokrzywki; zaburzenia te przebiegały z dotkliwymi bólami stawowymi. Leczenie chorej było bardzo utrudnione, gdyż środki przeciwneuralgiczne wywoływały znaczne obrzmienie warg, zeszpecenie, dolegliwości przy łykaniu, bóle w stawach. Autor ujął wszystkie powyższe zaburzenia jako objawy samozatrucia pochodzącego z kiszek i na tej zasadzie zastosował podczas napadu Torantil, posiadający, jak wiadomo, zdolność unieszkodliwiania histaminy. Chora otrzymywała 3 razy dziennie po 2 drażetki Torantilu. Pod wpływem tego leczenia w ciągu najbliższych 10 — 12 godzin nastąpiła doraźna poprawa. Lekkie nawroty można było następnie przezwyciężyć bez żadnych trudności. Na uwagę zasługuje tu okoliczność, że poprzednie napady, które były bez porównania

rzejsze niż obecny, wyjątkowo ciężki, trwały, pomimo odpowiedniej diety i wstrzykiwań wapnia znacznie dłużej i pociągały następnie za sobą częste i uporczywe nawroty.

Należy tu zaznaczyć, że zupełnego wyleczenia w znaczeniu usunięcia „skłonności do pokrzywki“, również od Torantilu oczekiwać nie możemy. Torantil działał u opisanej chorej jak preparat substytucyjny, który szybko i łatwo uśmierzał napady a później przerywał doraźnie słabe nawroty.

Dr G. Tobias, Berlin-Karlshorst

(Ther. Ber. 1937, Nr 10)

Leczenie wrzodu żołądka.

Od 10 lat mam pod swą opieką lekarską chorego cierpiącego na wrzód żołądka. Pomimo przestrzegania ścisłej diety oraz leczenia magnezją i bizmutem, dolegliwości chorego były bardzo przykre. Po krótkotrwałej poprawie sprawa chorobowa ciągle ulegała obostrzeniom. Wobec bezskuteczności dotychczasowego leczenia postanowiłem zastosować tytułem próby jeszcze Hydronal. Kuracja ta dała nadspodziewanie pomyślne wyniki i w krótkim czasie uśmierzyła wszystkie dolegliwości pacjenta.

Hydronal jest to wodorotlenek glinu, który przy zetknięciu się z żołądkowym kwasem solnym wytwarza żelatynową masę i wiąże na swej powierzchni nadmiar kwasu solnego. Związki zasadowe zobojętniają każdą ilość kwasu żołądkowego, natomiast Hydronal wiąże jedynie nadmiar kwasu i na tym polega jego wielka przewaga nad zwykle stosowanymi alkaliami; kwasota niezbędnie potrzebna dla aktywacji pepsyny zostaje utrzymana.

Dr W. Saake, Schöningen

(Ther. Ber. 1936, Nr 3)

Z kazuistyki anemii złośliwej.

Autor opisuje chorą, u której niedokrwistość złośliwa rozpoczęła się od zaburzeń rdzeniowych, przy obrazie krwi, który wtedy nie nasuwał jeszcze żadnych podejrzeń. Dopiero w dalszym przebiegu, gdy natężenie objawów rdzeniowych wzmogło się jeszcze bardziej, dokładne badanie krwi wykazało megalocytozę. Jeszcze później rozwinął się już całkowity obraz kliniczny choroby *Biermera*. Początkowo leczenie małymi dawkami Campolonu i kwasem solnym doprowadziło obraz krwi do normy, jednakże zaburzenia rdzeniowe czyniły dalsze postępy. Wówczas zastosowano kurację energiczniejszą, polegającą na codziennym wstrzykiwaniu po 2 cm³ Campolonu; pozatym chora otrzymywała jeszcze doustne preparaty wątrobowe i żołądkowe, witaminę C i kwas solny. Pod wpływem tego leczenia objawy myelozy powrózkowej zaczęły stopniowo ustępować. Obecnie utrzymują się jeszcze tylko nieznaczne pozostałości poważnych poprzednio zaburzeń chorobowych. Odruchy kolanowe są zupełnie prawidłowe, nietrzymanie moczu i kału cofnęło się bez śladu.

Dr Aleksandra Iljin, Klin. Wew. w Bazylei.

(Kl. Wschr. 1937, Nr 4)

Leczenie niedokrwistości złośliwej.

Autorzy opisują chorego dotkniętego ciężką niedokrwistością złośliwą. Chorego leczono okresowymi wstrzykiwaniami wielkich dawek Campolonu, czyli tak zwaną metodą wytwarzania zapasu preparatu wątrobowego w ustroju. W ciągu 2 pierwszych dni wstrzyknięto domięśniowo 28 cm³ Campolonu. W 7. dniu leczenia retikulocyty osiągnęły niezwykłą ilość 61% ogólnej liczby krwinek czerwonych. Następnie zarządzono 3-tygodniową przerwę, po czym przez szereg miesięcy wstrzykiwano co 2 tygodnie po 4 cm³. W dalszym przebiegu leczenia wystarczają zwykle dawki coraz mniejsze. Obecnie autorzy postępują według następującego schematu: w 1. dniu leczenia 20 cm³ Campolonu domięśniowo, w 15. dniu 10 cm³, następnie co 14 dni po 4 cm³ aż do osiągnięcia prawidłowego obrazu krwi; dla dalszego stałego leczenia wstrzykuje się co miesiąc 4 cm³ domięśniowo.

Dr A. R. Southwood
i dr. R. K. Wilson, Adelaida.

(Med. J. Australia 1936, tom 1)

Leczenie moczopędne.

Chory lat 50 z objawami niedomykalności zastawki dwudzielnej w okresie już daleko posuniętego niewyrównania. Stan ogól-

ny bardzo ciężki. Objawy zastoinowe we wszystkich narządach wewnętrznych oraz kolosalne obrzęki na kończynach dolnych i na krzyżu. Spośród środków moczopędnych tylko jeden Salyrgan wywoływał zawsze obfitą diurezę; wszelkie inne środki moczopędne pozostawały zupełnie bez wpływu na ilość oddawanego moczu. Chory ten w ciągu roku otrzymał 240 cm^3 Salyrganu (1—2 cm^3 na dawkę). Salyrgan przeważnie wstrzykiwano dożylnie w połączeniu ze strofantyną i cukrem gronowym. Pomimo bezustannego stosowania Salyrganu nie stwierdzono żadnych objawów uszkodzenia nerek. Mocznik we krwi 36 mg %. W moczu: ślad białka i pojedyncze ciałka białe.

Zasadnicza sprawa chorobowa doprowadziła wreszcie do zejścia śmiertelnego. Badanie histologiczne nerek wykazało jedynie nieznaczne stłuszczenie kanalików, a poza tym żadnych poważniejszych zmian chorobowych. Przypadek ten dowodzi w przekonywujący sposób, że Salyrgan nie wywiera absolutnie żadnego szkodliwego wpływu na nerki.

Dr N. Markoff, Szpital Kantonalny w Aarau

(Ther. Ber. 1937, Nr 3)

Rezerwa alkaliczna.

Zawartość jonów wodorowych we krwi waha się od pH 7,3 do pH 7,45. Zachowanie stale jednakowego pH zawdzięcza organizm układowi buforowemu. Wchodzą tu w rachubę 3 układy: dwuwęglanowy układ buforowy jako reakcja między wolnym CO_2 i $NaHCO_3$ (przeważnie we krwi), układ barwnika (Hb $\rightleftarrows$ O_2-Hb) i układ fosforanowy ($Na_2HPO_4 \rightarrow NaH_2PO_4$) w tkankach. Jeżeli do krwi przenikają związki kwaśne, to odczyn początkowo nie zmienia się, związki buforowe wyrównywują reakcję, przy czym kwaśne związki buforowe zyskują nieznaczną przewagę (kwasica względna); dla dalszego wyrównania płuco wydziela CO_2 a nerka fosforany; kwasicę względną mierzymy za pomocą określania każdorazowej ilości dwuwęglanów w osoczu. Objętość obliczona w CO_2, znajdującym się w dwuwęglanach osocza, oznacza rezerwę alkaliczną. Określamy ją w stosunku do 100 objętości — % osocza. Ta rezerwa alkaliczna jest miernikiem zdolności wiązania CO_2 w osoczu krwi; obliczamy ją w świeżo pobranej krwi, do której dodajemy szczawianu potasu i fluorku sodu, następnie nasycamy CO_2, po czym usuwamy CO_2 zapomocą kwasu i określamy jego zawartość; przeciętna wartość zdolności wiązania CO_2, t. zn. rezerwa alkaliczna, wynosi 50—60 objętości %. Określanie rezerwy alkalicznej umożliwia nam ocenę zdolności krwi transportowania kwasu węglowego z tkanek i rozstrzygnięcie, czy rozporządzalne zasady zostały związane przez inne kwasy. Kwas mleczny powstający przy wytężonej pracy mięśniowej, kwas octowy i kwas β-oksymasłowy, występujący przy cukrzycy i podczas głodzenia oraz kwasy fosforowy i siarkowy, występujące przy nasilonym rozpadzie białka, mogą się łączyć z zasadami przeznaczonymi zasadniczo do wiązania dwutlenku węgla; według autora ubytek dwuwęglanów jest przy tym przeważnie większy niż by to było potrzebne do zobojętnienia kwasu. Do rezerwy alkalicznej należą na 1. miejscu zasadowe białczany krwi, następnie amoniak powstający podczas dezamidacji i wreszcie wapń z kości.

Prof. dr Felix, Frankfurt n. M.

(M. M. W. 1937, Nr 9) i. in.

Leczenie róży.

Pewna kobieta zachorowała nagle wśród dreszczy na różę twarzy. Wobec tego, że

nie miałem pod ręką Prontosilu, wstrzyknąłem domięśniowo 2 cm^3 Omnadiny. Następnego dnia chora otrzymała natychmiast Prontosil w tabletkach (3 razy dziennie po 2 tabletki). Po Omnadinie gorączka z 39,3° obniżyła się do 38,4°. Po 4 dniach leczenia Prontosilem — stan bezgorączkowy, zupełne wyleczenie.

Druga kobieta z różą twarzy otrzymała natychmiast 3 razy dziennie po 2 tabletki Prontosilu. W ciągu trzech dni obrzmienie i zaczerwienienie twarzy ustąpiło, po 8 dniach pacjentka wypisała się wyleczona.

Furman wozu ciężarowego zgłosił się do mnie 19.2.37 z zanieczyszczoną raną na prawej nodze. 21. rozpoczęła się róża na grzbiecie prawej stopy. Gorączka 38,9°. Natychmiast 3 razy dziennie po 3 tabletki Prontosilu. 23.2. gorączka 36,8°. Prontosil wpłynął jak się zdaje bardzo pomyślnie również na gojenie się rany.

Podczas opatrywania tego ostatniego chorego sam uległem widocznie zakażeniu różą. 23.2. poczułem się bardzo osłabiony, nie mogłem pracować, przypuszczałem, że zapadłem na grypę. Nagle doznałem wrażenia palącego bólu w okolicy prawej dziurki od nosa. Mocne zaczerwienienie i napięcie skóry na grzbiecie nosa. Sprawa chorobowa przeszła również na stronę lewą. Rozpoznanie róży nie ulegało żadnej wątpliwości. Natychmiast zażyłem 3 tabletki Prontosilu naraz, po 4 godzinach jeszcze 2 tabletki. Następnego dnia 3 razy dziennie po 2 tabletki. Napięcie i zaczerwienienie zmniejszyły się wyraźnie. Jeszcze zażyłem 2 razy po 1 tabletce. Róża ustąpiła w ciągu 3 dni.

Dr Morawetz, Oberleschen pod Lignicą.

(Ther. Ber. 1937, Nr 7-8)

Ropotok zębodołowy.

Autor opisuje chorego, który już od dłuższego czasu cierpiał na ropotok zębodołowy i bezskutecznie leczył się u wielu dentystów. Zarówno Vigantol (witamina D) jak i Cantan (witamina C) pozostały bez wpływu na przebieg choroby. Wobec tego, że ropotok zębodołowy, a przynajmniej niektóre jego postacie zależą niewątpliwie od czynników zakaźnych, autor zalecił choremu Prontosil w dawkach 3 razy dziennie po 3 tabletki. Chory przyjmował preparat w ciągu 3 tygodni. Wynik okazał się znakomity, prawie wszystkie dolegliwości ustąpiły bez śladu. Krwawienia z dziąseł ustały, rozluźnione uprzednio zęby znowu trzymają się mocno. Zachęcony powodzeniem autor zastosował następnie Prontosil jeszcze w 3 dalszych przypadkach paradentozy i osiągnął podobnie pomyślne wyniki jak w przypadku pierwszym.

Dr Möhlenbeck, Isselhorst.

(Ther. Ber. 1937, Nr 9)

Angina Ludovici.

Chory lat 28. Ostry, bardzo bolesny ropień zębodołowy prawej żuchwy, silny szczękościsk, obrzęk okolicy ślinianki przyusznej (Angina Ludovici). Po wyrwaniu zęba mądrości gorączka wśród dreszczów podniosła się do 39,5°. Już po 3 wstrzyknięciach Prontosilu stan poprawił się znacznie, gorączka opadła i dreszcze nie powtarzały się więcej. Kilkakrotne wieczorne wzniesienia ciepłoty ustąpiły natychmiast pod wpływem dwóch dalszych domięśniowych wstrzyknięć Prontosilu. Miejscowy stan zapalny szybko się cofnął, tak że można było uniknąć incyzji. Poprawa postępowała i po 3—4 dniach szczękościsk był już tak nieznaczny, że chory mógł znowu przyjmować pokarmy. Szybkie wyleczenie ostateczne.

Dr W. H. Palmer, Hayle-Cornwall.

(Brit. med. Jl. 1937, Nr 3937)

Prontosil przy okulistycznych zabiegach chirurgicznych.

Autor opisuje dwóch chorych, u których leczenie Prontosilem szybko usunęło zaburzenia zapalne powstałe w związku z zabiegami okulistycznymi. U pierwszego chorego stwierdzono rozpoczynające się ropienie w ranie rogówki po operacji zaćmy, drugi pacjent również wykazywał objawy podejrzanej sprawy ropnej. Zastosowanie Prontosilu w dawce 3 razy dziennie po 1 tabletce sprawiło, że ropienie w ranie ustąpiło w ciągu 24 godzin i rana po 8 dniach zagoiła się całkowicie i bez żadnych powikłań.

Od tego czasu autor przy wszystkich zabiegach związanych z operacyjnym leczeniem zaćmy stosuje zapobiegawczo Prontosil, który podaje doustnie dzień przed operacją i 3—4 dni po zabiegu. Wszystkie 17 przypadków operowanych dotychczas w tych warunkach miało przebieg nadzwyczaj pomyślny i ani razu nie stwierdzono najmniejszych nawet objawów zapalenia.

Dr Vass Vassilopoulos,
Kierownik Oddz. Ocznego Szpitala
Miejskiego w Atenach.

(Ther. Ber. 1937, Nr 6)

O zachowawczym i chirurgicznym leczeniu wola.

W przypadkach wola u dzieci i młodzieży, w przypadkach rozlanego wola u dorosłych oraz przy wolu nawrotowym i zamostkowym można spróbować ostrożnego indywidualnego leczenia jodem. Rozpoczyna się od dawki 1—2 mg miesięcznie i zwiększa stopniowo dawkę do 7—8 mg na miesiąc. W pewnej części wymienionych przypadków choroby Basedowa autor osiągnął za pomocą tych minimalnych dawek jodu pomyślne wyniki lecznicze; część przypadków jednak nie reagowała na to leczenie. Preparatem dobrym i zupełnie nieszkodliwym jest fosforan sodu (4—6 g dziennie). Wiele przypadków wola w wieku młodzieńczym i rozlanego wola u dorosłych leczył autor w sposób zachowawczy za pomocą preparatów krzemu, których punkt uchwytu ma się znajdować w tkance łącznej wola; bardzo skutecznym preparatem krzemowym jest między innymi Silistren, który stosuje się w dawkach 3 razy dziennie po 10—20 kropel. Dla przygotowania do operacji jest bezwarunkowo potrzebny przede wszystkim spokój fizyczny i psychiczny: leczenie wypoczynkowe (arsen), ciepłe kąpiele, przeciwko podnieceniu i bezsenności Adalina lub Luminal i t. d. Za najlepszy sposób uśpienia uważa autor podstawową narkozę za pomocą Avertiny z dodatkiem eteru.

Autor operował ogółem 420 przypadków wola o typie rozwiniętej choroby Basedowa. W 88% przypadków osiągnięto wyleczenie, w 8% znaczną poprawę i w 4% poprawę. Śmiertelność pooperacyjna wynosiła 0,7%.

Dr F. Kaspar,
Oddział Chirurg. Szp. Cesarzowej Elżbiety
w Wiedniu.

(Wien. med. Wschr. 1936, Nr 50-52)

Patogeneza rozsianego stwardnienia rdzenia.

Autor uważa, że rozsiane stwardnienie rdzenia powstaje pod wpływem działania chorobotwórczego pewnej specjalnej odmiany krętków. Siły obronne ustroju szybko niszczą główną masę zarazków. W miejscach, w których uległy rozpadowi znaczne ilości krętków, znajdujemy komórki fagocytarne pod postacią limfocytów i komórek mikroglii. Czynności fagocytarne tych komórek, zawierających odłamki fagocytów, można rozpoznać na podstawie ich srebrochłonnej zawartości („komórki srebrowe"). Im więcej komórek srebrowych znajdujemy, tym mniej możemy wykryć dobrze zachowanych krętków. Z tego względu należy przy leczeniu choroby przede wszystkim dążyć do pobudzenia rozpadu zarazków przez skuteczne wzmocnienie sił obronnych ustroju. Dotychczasowe badania nad preparatami arsenowymi, antymonowymi i złotowymi nie dały zadowalających wyników, wobec czego nie należy ustawać w poszukiwaniu innych środków leczniczych. Na osiągnięcie poprawy można jednak liczyć tylko w początkowych okresach choroby.

Dr G. Steiner, Heidelberg.

(Nervenarzt 1936, Nr 3)

Pharyngitis.

W lipcu r. ub. zachorowałem nagle na grypę. Gorączka wieczorem podniosła się do 38,9°. Silne bóle w kończynach. Po ustąpieniu ostrych objawów czułem się nadal niedobrze. Stan ogólnego osłabienia trwał przez szereg tygodni. Stale stan podgorączkowy. Badanie przedmiotowe poza lekkim nieżytem gardła żadnych uchwytnych zaburzeń nie wykazywało. Myślałem nawet o rozpoczynającej się gruźlicy, pomimo że zdjęcie rentgenowskie żadnych zmian w płucach nie wykryło. Za radą jednego z kolegów wstrzyknąłem sobie 3 razy Omnadinę. Gorączka doraźnie opadła, chociaż kaszel i osłabienie utrzymywały się jeszcze dłuższy czas. Ostateczne wyleczenie było jednak radykalne, tak że następnie mogłem odbyć bez żadnej szkody uciążliwą długotrwałą podróż okrętem. Gdy lekarz okrętowy sam zapadł na zapalenie gardła wstrzyknąłem mu Omnadinę, również z doskonałym wynikiem. Na podstawie własnego doświadczenia uważam Omnadinę za nadzwyczaj cenny i skuteczny środek leczniczy w grypie, zapaleniu gardła i krtani oraz przy anginach.

Dr J. Dück, Innsbruck.
(Ther. Ber. 1937, Nr 2)

Infiltracja Novocainą w praktyce chirurgicznej.

Wskazania do leczniczego stosowania Novocainy stają się z dnia na dzień liczniejsze. W przypadkach zwichnięć Novocaina oddaje nam często znakomite usługi lecznicze; autor opisuje historię choroby pewnego narciarza, który zwichnął sobie nogę; kończyna była bardzo obrzmiała i każdy ruch wywoływał dotkliwe bóle; po jednej jedynej infiltracji Novocainą, pacjent mógł znowu jeździć na nartach i już następnego dnia odbył wycieczkę na wysokość 3000 m; wyleczenie było całkowite i nawet po kilku miesiącach nie stwierdzono żadnej zmiany. Pomyślne wyniki osiągano również za pomocą blokady novocainowej wiązadeł z natychmiastowym uruchomieniem w przypadkach złamań stawowych i około-stawowych bez przemieszczenia lub z przemieszczeniem jedynie bardzo nieznacznym, np. przy złamaniach rzepki, wyrostka łokciowego, obojczyka i górnego końca kości ramieniowej. Pewna 74-letnia kobieta złamała szyjkę chirurgiczną łopatki (znaczne przemieszczenie). Wskazanym tu było być może krwawe nastawienie z zastosowaniem gwoździa. Autor zdecydował się jednak na zwykłą infiltrację novocainową, częściowo do ogniska, częściowo do zwoju gwiaździstego (zwój szyjny środkowy) i zalecił natychmiastowe ruchy czynne. Po 20 dniach chora mogła bez trudu korzystać z uszkodzonej kończyny, ubierać się bez pomocy i t. d. Po 25 dniach zarówno badanie kliniczne jak i rentgenologiczne wykazało zrośnięcie się kości.

Następnie autor osiągał pomyślne wyniki lecznicze za pomocą infiltracji Novocainą w przypadkach pourazowych zapaleń stawów, przy późnych skutkach złamań trzonu kości, przy ostealgiach i apophysealgiach i w przewlekłych reumatycznych zapaleniach stawów. Dostatecznie długie leczenie Novocainą umożliwiło osiągnięcie pomyślnych wyników również przy pourazowych i pooperacyjnych zesztywnieniach. Działanie Novocainy jest zadowalające również przy dotkliwych bólach w kikutach amputacyjnych. *Leriche* stosuje tu przeważnie bezpośrednią infiltrację w zwoje współczulne. Na szeroką skalę stosowano następnie infiltrację novocainową przy bolesnych bliznach po nieszczęśliwych wypadkach i bliznach pooperacyjnych, w których Novocaina szybko uśmierza wszelkie dolegliwości w miejscu blizny.

Najlepsze wyniki osiąga się przy stosowaniu infiltracji novocainowej do zwojów współczulnych. W ciągu ostatnich 10 lat *Leriche* dokonał przeszło 1000 infiltracyj do środkowego zwoju szyjnego, do zwojów grzbietowych i lędźwiowych; w materiale autora wskazaniami do tych infiltracyj były następujące stany chorobowe: dławica piersiowa, zaburzenia krążeniowe, stany spastyczne, zatory, zatory płuc, zapalenie tętnic, zator tętnicy mózgowej, porażenia nerwu promieniowego i twarzowego, ucisk nerwu, dolegliwości poamputacyjne i t. d. W

wielu przypadkach zabieg ratował bezpośrednio zagrożone życie pacjenta.

Prof. dr Leriche, Strasburg.

(Brux. Med. 1936, Nr 9)

Leczenie upławów.

Spostrzeżenia autora dotyczą 60 kobiet cierpiących na upławy. W 16 przypadkach przyczyną upławów był nieżyt pochwy wywołany przez zakażenie trichomonadami. Po oczyszczeniu pochwy 0,5%-owym kwasem mlecznym zakładano po 1 do 3 tabletek Deveganu. Leczenie stosowano codziennie a w niektórych przypadkach co drugi dzień. W znacznej liczbie przypadków zarazki chorobotwórcze znikały już po krótkim czasie i osiągano nawet I. stopień czystości. Nie powinno to jednak być wskazaniem do przedwczesnego przerwania leczenia. Wydzielanie zmniejsza się wyraźnie już po 1 lub 2 zabiegach. Czasami ustępuje ono nawet zupełnie. Rano zaleca się pacjentkom wykonanie obojętnej nasiadówki. Leczenie należy przeprowadzać aż do osiągnięcia i ustalenia I. stopnia czystości. Dla uniknięcia zaś nawrotów konieczne jest kontynuowanie kuracji jeszcze przez pewien czas. Należy uwzględniać, że nawroty upławów mogą występować jedynie przy niedostatecznym przeprowadzeniu kuracji a czasami z niewiadomych przyczyn w okresie przed- lub pomiesiączkowym.

W przypadkach nieżytu pochwy na tle zakażenia trichomonadami leczenie Deveganem dawało znakomite wyniki. Już po krótkim leczeniu trichomonady znikały i wydzielina odzyskiwała I. stopień czystości. Wyleczenie było przeważnie ostateczne i nawrotów nawet przy dłuższej obserwacji nie stwierdzano. Devegan stanowi niewątpliwie najskuteczniejszy środek do leczenia nieżytu pochwy, wywołanego przez trichomonady. Również i w przypadkach upławów czysto pochwowych (po operacji wycięcia macicy, samej lub łącznie z przydatkami) osiągano przy pomocy Deveganu bardzo pomyślne wyniki lecznicze.

Również i w 4 przypadkach upławów klimakterycznych (Fluor senilis) Devegan szybko usunął dolegliwości pacjentek. Okazało się celowym, aby w odpowiednich przypadkach łączyć miejscowe leczenie za pomocą Deveganu z leczeniem preparatami hormonu jajnikowego. Następnie stosowano z powodzeniem Devegan u kobiet ciężarnych i przy uporczywych upławach porzeżączkowych. Jednoczesne schorzenia błony śluzowej macicy i szyjki oraz nadżerki części pochwowej wymagają, niezależnie od Deveganu, leczenia w przypadkach takich zwykle stosowanego.

Dr E. Klaften i *dr E. Nawratil.*

Klin. Gin. w Wiedniu.

(Med. Klin. 1933, Nr 49)

W sprawie stosunku witaminy A i karotyny do uszkodzenia wątroby i do odporności przeciwko zakażeniom.

Podczas uszkodzenia wątroby przez hormon tyreotropowy (zanik glikogenu) karotyna może w okresie początkowym jeszcze przetwarzać się w witaminę A, natomiast przy największym natężeniu zaburzeń wątroba nie jest już w stanie wytwarzać z karotyny witaminę A. Podana czysta witamina A (Vogan) zostaje jednak dobrze wykorzystana i działa antagonistycznie w stosunku do tyreotropowego hormonu przedniego płata przysadki. Tarczycopochodne uszkodzenie wątroby przebiega ze zmniejszaniem się zawartości witaminy A w wątrobie. Ta utrata witaminy A polega na zwiększeniu wytwarzania się witaminy A z karotyny i jeszcze znaczniejszym zużyciu, przy czym niezdolność przetwarzania nie wchodzi tu w rachubę. W przypadkach tarczycopochodnego uszkodzenia wątroby zdolność zużytkowania i odkładania witaminy A jest 8 razy większa niż karotyny. Przemiana witaminy A jest związana z przemianą glikogenową wątroby.

E. Schneider i *E. Widmann.*

Klin. Chir. Uniw. w Fryburgu.

(Klin. Wschr. 1934, Nr 42

Leczenie uszkodzeń wiązadeł stawu kolanowego za pomocą wstrzykiwań własnej krwi i Novocainy.

Autor leczy uszkodzenia wiązadeł krzyżowych i bocznych stawu kolanowego za pomocą wstrzykiwań własnej krwi chorego w otoczenie stawu. Wstrzykuje się 20

cm³ podskórnie lub wśródtorebkowo; zabiegu można ew. dokonać w uśpieniu evipanowym. Metoda powyższa pozwala na całkowite przywrócenie sprawności sportowej. Po 2 dniach należy wstrzyknięcie powtórzyć conajmniej jeszcze jeden raz. Na materiale około 40 chorych autor stwierdził, że wyniki lecznicze były lepsze niż przy leczeniu operacyjnym.

Przy uszkodzeniach wiązadeł bocznych wstrzykuje się kilka razy w ciągu 2 — 3 dni po 5 cm³ 1%-owego roztworu Novocainy do nasady wiązadeł. Wyniki tej zachowawczej metody leczenia były przeważnie znakomite.

Dr Mandl, Canning Childs Spit. Wiedeń.

(Wien. Klin. Wschr. 1937, Nr 19)

O leczeniu moczopędnym.

Przy obrzękach, puchlinie brzusznej i w ogóle w chorobach serca, przebiegających z niedostateczną diurezą i zatrzymaniem wody w ustroju autor już od szeregu lat stosuje z doskonałymi wynikami wstrzykiwania Salyrganu. W przypadkach cięższych wskazane jest leczenie kombinowane Salyrganem i strofantyną. Chorzy, którzy z powodu duszności nie mogą leżeć w łóżku, otrzymują ponadto w początkowym okresie choroby 0,01 do 0,02 morfiny. Spośród wielu przypadków leczonych w ten sposób w ciągu ostatnich 10 lat autor omawia w streszczeniu historie 2 pacjentów, które zasługują na szczególną uwagę:

1. Chora lat 49. Rozpoznanie: zwyrodnienie mięśnia sercowego i kamica nerkowa. Skłonność do obrzęków. Od 9 lat chora otrzymuje wstrzykiwania Salyrganu ze strofantyną. Na ogół do odwodnienia wystarczały 2 — 3 wstrzyknięcia dokonywane co 2 — 3 tygodnie; wstrzykiwania w początkowym okresie choroby można było robić nawet rzadziej, — co 4 — 6 tygodni. W ciągu tego długiego czasu chora dość często dostawała gwałtownych napadów kamicy nerkowej. Po każdym wstrzyknięciu Salyrganu chora wydzielała z moczem liczne kamienie; ogółem wydzieliło się już przeszło 400 kamieni.

2. Chory inwalida wojenny. Podczas pierwszej wizyty lekarskiej autor zastał pacjenta w stanie ciężkiej duszności. Chory nie mógł się ani na chwilę położyć, kaszlał bez przerwy i obficie odpluwał krwią. Przyczyną tej gwałtownej i męczącej duszności był znaczny zastoinowy nieżyt oskrzeli. Chory był dotychczas leczony naparstnicą. Wstrzyknięcie 0,02 g morfiny zaledwie w niewielkim stopniu złagodziło cierpienia chorego. Po 2 dniach objawowego leczenia morfiną, gdy naparstnica już się wydzieliła, chory otrzymał 2 cm³ Salyrganu i 1 cm³ strofantyny. Po 24 godzinach chory, który — nawiasem mówiąc — nie miał żadnych widocznych obrzęków ani puchliny brzusznej, wydzielił 8¼ litra moczu. Chory zupełnie przestał odpluwać krwią i mógł już sam wstawać. Ze względu na znaczną skłonność do zatrzymywania wody w ustroju trzeba było następnie co 2 — 3 tygodnie wstrzykiwać Salyrgan ze strofantyną. Każde wstrzyknięcie wywoływało zawsze obfitą diurezę i sprawiało choremu wielką ulgę. Chory, jako niezdolny do pracy inwalida wojenny, otrzymywał znaczną rentę, która była jedynym źródłem utrzymania dla jego licznej rodziny. Jak najdłuższe zachowanie pacjenta przy życiu miało więc w tym wypadku szczególnie duże znaczenie. Autor przeprowadzał z powodzeniem odwadniające leczenie Salyrganem przez 5 lat. Po 5 latach chory zwrócił się o poradę do znachora mieszkającego w sąsiednim mieście, który zalecił mu jakieś lekarstwo, prawdopodobnie naparstnicę. Wkrótce po tej niefortunnej kuracji chory zmarł.

Dr Toelle, Flieden.

(Ther. Ber. 1937, Nr 12)

Redaktor
Mgr Stefan Sabiniewicz

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
E. Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Złota nr 7. Skrzynka pocztowa nr 748.
Cena prenumeraty rocznej zł 6, półrocznej zł 3.
Odbito w drukarni Galewski i Dau, Warszawa, ul. Ordynacka 6.